

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

314
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Marie BAILLY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 mai 1912, à Marle-et-Behaine (Aisne).

Les Kystes Rétro-Péritonéaux

Président : M. Charles LENORMANT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Marie BAILLY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 mai 1912, à Marle-et-Behaine (Aisne).

Les Kystes Rétro-Péritonéaux

Président : M. Charles LENORMANT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES, Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FIANCEE

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT

Officier de la Légion d'Honneur.

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

Qui, après nous avoir fait bénéficier de ses enseignements dans les tous débuts de nos études médicales, nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse.

Qu'il daigne trouver ici le faible témoignage de notre très grande reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

GEORGES MENEGAUX

Chirurgien des Hôpitaux.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé avec tant de bienveillance dans sa
réalisation.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre vive reconnaissance pour nous
avoir toujours si aimablement accueilli dans
son Service.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHET

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MENEGAUX

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR SOURDEL

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT HAULTCŒUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE BERTEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT NICOLAS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AMELINE

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LESTOQUOY, CALVET, LANDRIEU, PERGOLA

A MES ANCIENS CONFÉRENCIERS,

MESSIEURS LES DOCTEURS BOSQUET,

CABY, DE LANGRE, DEMALDENT, SIMON.

AVANT-PROPOS

A l'occasion d'un kyste rétro-péritonéal observé et traité par notre Maître, Monsieur MENEGAUX, dont il a bien voulu nous communiquer l'observation, il nous a paru intéressant de réunir les dernières études publiées sur ce sujet.

Depuis le Rapport de THÉVENOT au Congrès de Chirurgie de 1919, d'importants progrès ont été faits en vue d'appliquer les derniers modes d'investigation clinique et radiologique à l'élaboration de ce diagnostic jusqu'alors si difficile. C'est donc une étude de ces publications récentes que nous nous sommes proposés pour essayer, dans les pages qui vont suivre, d'en faire la synthèse avec les travaux antérieurs.

Nous nous sommes permis de substituer au terme de kyste pararéнал employé par THÉVENOT, l'appellation plus générale de kyste rétro-péritonéal. Nous pouvons de la sorte, englober dans notre étude, certaines formations kystiques d'origine péritonéale ou lymphatique, qui ne sont devenues qu'accessoirement para-rénales.

HISTORIQUE

Le premier cas de kyste rétro-péritonéal fut observé en 1833 par HAWKINS qui le ponctionna sans l'extirper.

Il fallut attendre 1865 pour que CRUVELHIER observe le premier cas en France, mais ce n'était qu'une découverte d'autopsie.

Ce fut CZERNY qui en 1880 tenta le premier d'extirper cette tumeur : il réussit pleinement et le malade guérit.

Jusqu'alors, on ignorait tout sur l'origine de ces tumeurs, et c'est en 1889 que PRZEWSKI émit l'hypothèse de leur provenance de débris du corps de WOLFF.

CHAMPENOIS en 1901 faisait dans sa thèse le premier travail complet sur la question.

Un peu plus tard l'ouvrage d'ALBARRAN et IMBERT, le mémoire d'HARTMANN et surtout les travaux de LECÈNE, firent la séparation entre les tumeurs rétro-péritonéales liquides et solides.

Les Publications se succèdent petit à petit, si bien qu'en 1919, THÉVENOT au Congrès de Chirurgie avait réuni 37 cas de kystes rétro-péritonéaux.

A ce moment le plus souvent, ces tumeurs ne sont que des découvertes opératoires.

Peu à peu, on commence à essayer de pratiquer la pyélographie au cours de l'examen et on arrive ainsi à préciser le diagnostic avant l'intervention.

Nous ne voudrions omettre de signaler la magistrale étude de JEANBRAU et TRUC en 1933 sur « Le diagnostic des tumeurs périnéphrétiques par la pyélographie », dans laquelle les auteurs ont précisé l'état actuel de nos connaissances sur l'établissement de ce diagnostic difficile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des kystes rétro-péritonéaux, présente un intérêt de tout premier ordre pour la pathogénie de ces tumeurs.

Aussi allons nous envisager successivement au sujet de ces kystes : leur siège, leur constitution histologique et la composition chimique de leur liquide.

La plupart des kystes rétro-péritonéaux observés, siégeaient d'un seul côté de l'abdomen. Nous n'avons retrouvé que trois observations dans lesquelles des kystes étaient bilatéraux (BECK, PRUDDON, LAPOINTE).

Les études précédentes faites sur ces tumeurs semblaient montrer qu'elles siégeaient à peu près indifféremment du côté droit, ou du côté gauche de l'abdomen. THÉVENOT, en 1919 avait retrouvé 21 kystes droits contre 16 kystes gauches. Cependant, les malades observés depuis présentent beaucoup plus souvent des tumeurs droites, puisqu'à l'heure actuelle, nous avons retrouvé 47 kystes droits contre seulement 23 gauches.

Les trois malades dont nous publions les observations inédites présentaient toutes des kystes droits.

La presque totalité de ces kystes siègent en avant de la moitié inférieure de la face antérieure du rein, dont ils sont séparés par un plan de clivage.

Ils sont situés dans la capsule adipeuse, toujours

en dehors de la capsule fibreuse. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur l'intérêt étiologique de cette situation.

Ils ont spontanément tendance à descendre vers la fosse iliaque et dans certains cas, comme celui observé par Monsieur MÈNEGAUX, le kyste semble avoir perdu tout rapport avec le rein et être devenu uniquement iliaque; il semble que dans ces cas, on puisse admettre que primitivement la tumeur était para-rénale et que secondairement seulement elle s'est fixée dans la fosse iliaque.

Dans quelques très rares cas, ces kystes siégeaient en arrière du rein, nous n'en avons retrouvé que cinq publiés par MORRIS (2 cas), PAWLICK, NEWMANN et LEPOUTRE.

Quelques autres sont situés à la partie supérieure de la face antérieure du rein, nous aurons à revenir sur ces kystes qui alors communiquent avec le bassin.

Les kystes rétro-péritonéaux sont généralement uniloculaires, ils ont alors une forme régulière que leur donne leur liquide qui est la plupart du temps sous tension.

Quelques cas ont été signalés dans lesquels le kyste paraissait irrégulier, on est alors en présence d'une paroi irrégulière dans laquelle des zones minces alternant avec des zones plus épaisses et qui pourraient faire croire à une masse polykystique.

Les tumeurs polykystiques sont extrêmement rares, nous n'en avons retrouvé que cinq, et on a alors le

plus souvent des kystes de diverses grosseurs. Le kyste enlevé par MOURE et MARCY présentait à côté de cinq kystes principaux, de nombreux kystes plus petits dont certains n'étaient pas plus gros que des grains de maïs.

Le volume des kystes rétro-péritonéaux est, lui aussi très variable.

Quelques-uns présentaient des volumes extrêmes : si BECK a trouvé des kystes de la grosseur d'un pois, PAWLICK en a extirpé un, pesant 4.500 grammes.

La majorité des kystes présentent un volume variant du volume d'un poing à celui d'une tête de nouveau-né. Le kyste enlevé par Monsieur MENEGAUX était de la grosseur d'un poing.

Il est à remarquer que les kystes très petits, celui de BECK entre autres, sont des découvertes d'autopsie. En effet nous verrons plus loin que les symptômes de ces kystes sont très frustes et que la plupart du temps, le malade s'en aperçoit seulement lorsque la tumeur abdominale est perceptible, c'est-à-dire à peu près lorsque elle a atteint le volume d'un gros poing.

Ces kystes affectent avec le rein de simples rapports de voisinage, et la plupart des observations signalent tout au plus une légère ascension du rein.

Cependant le malade observé par MAUCLAIRE présentait un kyste adhérent à la partie supérieure du rein.

Le malade de MOURE et MARCY présentait un kyste rétro-péritonéal gauche qui avait provoqué la migration du rein gauche vers la droite, au point que le bas-

sinet était situé au niveau de l'apophyse transverse droite de la 2^e vertèbre lombaire.

GIORDANO a signalé un autre cas d'ectopie du rein. FRITZ KONIG est le seul à avoir constaté une atrophie du rein malgré une tumeur facilement énucléable qui ne présentait aucun caractère de malignité.

Les vaisseaux du rein et l'uretère sont indépendants de la tumeur. Nous verrons plus loin que la partie moyenne de l'uretère est fréquemment déviée vers la colonne vertébrale; cette déviation présente alors un très gros intérêt pour le diagnostic.

Le bassin est généralement indépendant de ces kystes.

Dans des cas assez rares (nous n'en avons retrouvé que dix), le kyste communique avec le bassin par un petit pertuis toujours unique et toujours très petit, de la grosseur d'une tête d'épingle; c'est ce qui explique pourquoi ces kystes sont presque toujours irréductibles, puisque seul le malade d'ADLER présentait un kyste partiellement réductible.

On considère toujours cette communication comme primitive.

Le côlon ascendant ou descendant présente avec le kyste des rapports variables.

Fréquemment le côlon reste en place et se trouve situé en avant du kyste qu'il croise verticalement. Le côlon se détache alors en une bande sonore à la percussion qui tranche sur la matité du kyste.

Cette sonorité sur laquelle ont insisté certains auteurs fait fréquemment défaut. On admettait autrefois

que le côlon était alors comprimé par le kyste. L'emploi de la radiographie a montré que dans la plupart de ces cas, le côlon avait glissé soit en dedans, soit en dehors de la tumeur.

L'adhérence du kyste avec le côlon par l'intermédiaire du mésocôlon est exceptionnelle. Cependant, AUMONT et OKINCZYC ont rencontré une adhérence telle qu'ils ont dû réséquer en bloc le kyste et le côlon descendant.

Nous n'insisterons pas sur les rapports de ces kystes avec les autres organes rétropéritonéaux, car ils n'affectent avec eux que de simples rapports de voisinage.

Bien qu'ils paraissent former une certaine unité anatomique les kystes rétro-péritonéaux présentent une structure et un contenu assez variable.

Si nous envisageons tout d'abord la structure, nous voyons que celle-ci ne diffère pas seulement suivant que le kyste communique ou non avec le bassin, mais que parmi les kystes non communicants, on retrouve un certain nombre de types différents de revêtement.

Les kystes non communicants sont formés d'une paroi externe de tissu conjonctif fibreux dans lequel on rencontre çà et là quelques fibres élastiques. Ils sont tapissés intérieurement d'une assise de cellules dont les caractères diffèrent suivant les cas. Cette couche de cellules semble parfois faire défaut, soit qu'elle se soit détachée spontanément, soit que des artifices de préparation l'aient altérée.

Les couches interne et externe se font suite, sans

transition, et une seule fois, dans l'observation que Monsieur ROUHIER a bien voulu nous communiquer et dont l'examen histologique a été pratiqué par Monsieur RAVINA, on trouve sous l'épithélium une couche de cellules aplaties qui semblent former une basale.

Dans le plus grand nombre de ces kystes, la couche interne est formée d'une couche unique de cellules cubiques ou cylindriques.

Cette structure que l'on rencontre dans plus des quatre cinquièmes des observations peut être considérée comme la structure habituelle des kystes rétro-péritonéaux. La pièce examinée par MADIER et NATHAN nous paraît particulièrement intéressante, car en dehors de cette structure générale, on trouve en un point de la paroi un tube Wolffien avec épithélium cylindrique unistratifié, entouré d'une gaine conjonctive musculaire lisse.

Il nous paraît possible de rattacher à ce type le kyste enlevé par Monsieur MENEGAUX, où la paroi interne est formée tantôt d'éléments cubiques aplaties, tantôt de cellules endothéliiformes. Dans ce kyste l'absence totale d'éléments inflammatoires exclut la possibilité du passage à l'état cubique d'un endothélium. Seul, le kyste de TRUC présentait une structure analogue.

Dans d'autres kystes, nous retrouvons une structure que PRZEWOSKI a signalée le premier. La paroi interne est alors formée de cellules plates analogues à l'endothélium des séreuses. Cette disposition est assez rare puisque six cas seulement en ont été publiés. Le kyste enlevé par LEPOUTRE présentait en outre ça et là des

micro kystes absolument semblables à des dilatations lymphatiques.

Le kyste enlevé par JEANBRAU présentait à sa face interne des végétations papilliformes constituées par des axes conjonctivo-vasculaires revêtus d'un épithélium à cellules prismatiques ou cubiques : certaines de ces cellules avaient une affinité pour les réactions du mucus.

MAUCLAIRE a extirpé un kyste dont la structure était différente de tous les cas connus jusqu'alors. La paroi était constituée de trois couches : l'une externe conjonctive banale, une moyenne constituée de tubes urinaires, une interne dans laquelle on retrouvait des tubes contournés et des glomérules.

Les kystes communicants avec le bassin sont formés de deux couches dont l'externe est conjonctive. La couche interne est assez mal connue car les cas en sont assez rares, nous n'en avons retrouvé que dix, et les observations anciennes, la plupart antérieures à 1900. ADLER signale simplement une « paroi lisse tapissée d'une muqueuse normale », KROGIUS trouve « un épithélium analogue à celui du bassin » et HAWKINS, des fragments de tissu rénal.

Le liquide contenu à l'intérieur de ces kystes présente lui aussi des caractères assez différents suivant la nature du kyste.

Le plus souvent, on trouve un liquide jaune assez fluide, présentant de l'urée en très faible quantité, des

chlorures en quantité notable, très peu d'albumine, parfois un peu d'acide phosphorique, une quantité assez abondante de cholestérine en cristaux; ce liquide est toujours aseptique.

Nous citerons une analyse pratiquée par TRUC qui nous paraît reproduire les chiffres les plus habituels.

Densité	1008
Urée	0,24 ‰
Na Cl	8,24 ‰
Alb	0,16 ‰
Rivalta négatif.	

Ce liquide est le contenu habituel des kystes à épithélium cylindro-cubique.

D'autres fois, on trouve un liquide visqueux, jaunâtre, transparent, légèrement alcalin. Densité 1005, très riche en albumine, 2,50 ‰ donnant par repos un sédiment dans lequel on trouve des globules blancs, des placards endothéliaux, quelques cellules granuleuses, des petites cellules de graisse, et des cristaux de cholestérine. On trouve ce liquide dans les kystes à paroi endothéliale.

Certains auteurs, en particulier OKINCZYC, PALLOTTI et JEANBRAU, ont signalé un liquide hématique soit teinté, soit franchement hémorragique. Il nous paraît provenir d'hémorragies secondaires, intra-kystiques car dans les analyses, on retrouve les traces de liquide d'un des types précédents.

Dans un kyste enlevé par CAVE en plus de sang, on retrouvait un liquide purulent contenant du coliba-

cille et du pyocyanique qui provenaient certainement d'infection surajoutée.

Les kystes communiquants avec le bassinnet présentent un liquide sur lequel il est difficile d'avoir des notions précises.

Plusieurs de ces kystes furent ponctionnés et après avoir été clair au début, le liquide devint purulent chez le malade de BRAUN en particulier.

La ponction faite par HAWKINS sur le premier malade connu ramena un liquide qui ne contenait ni albumine ni sels urinaires.

ADLER au contraire, trouva de l'urine dans le kyste qu'il enleva à un homme de 60 ans.

L'absence d'observations récentes nous empêche donc pour le liquide comme pour la structure de ces kystes de nous faire une opinion.

PATHOGENIE

L'examen histologique des kystes rétro-péritonéaux nous a montré qu'ils étaient généralement bordés d'éléments épithéliaux.

Il nous faut donc rechercher de quels éléments situés dans la capsule adipeuse du rein, ils peuvent provenir, et sous quelle influence ces éléments se sont mis brusquement à proliférer.

1^o Rappel embryologique.

Parmi les éléments de la région rénale, qui au cours de la vie embryonnaire subissent le plus de transformations, nous en trouvons essentiellement quatre : le corps de WOLFF, les organes lymphatiques, le péritoine, et les capsules surrénales, ces organes quoique différents semblent pouvoir expliquer l'origine de ces diverses tumeurs.

I. — *Le corps de Wolff.*

De tous les organes embryonnaires, celui qui subit certainement les plus profondes modifications, se rapporte à la fonction excrétrice de l'urine, le corps de WOLFF.

Il apparaît de très bonne heure, mais sa première ébauche n'a chez l'homme qu'une existence tout à fait éphémère, c'est le pronephros.

Il est tout juste formé de quelques tubes, revêtus d'un épithélium cilié, s'ouvrant à son extrémité externe par une sorte d'entonnoir, et débouchant à son extrémité interne dans un canal qui constitue l'extrémité interne du canal de WOLFF.

C'est un organe éphémère et très petit, limité à 3 ou 4 canalicules et qui, disparaissant complètement, laisse rarement après lui des débris embryonnaires.

Pendant qu'il s'atrophie, se constitue, en arrière de lui, un autre organe épithélial, dont la fonction excrétrice va bientôt se substituer à la sienne, c'est le rein secondaire, ou mesonephros.

Il est situé en avant du rein définitif, dont il masquerait le pôle inférieur. Il est formé également de tubes sinueux, disposés transversalement et donnant au corps de WOLFF un aspect strié. Leur segment superficiel, tapissé de cellules à bordure en brosse, aboutit au canal de WOLFF. Leur segment profond formé de cellules épithéliales, se termine contre des petits bourgeons sanguins qui sont des glomérules. L'ensemble de ces canalicules forme une bandelette prismatique qui porte sur sa face interne la glande génitale.

Le canal excréteur ou canal de WOLFF descend verticalement de chaque côté de la ligne médiane pour se terminer dans le cloaque.

Le rein secondaire, n'a qu'une existence temporaire,

et sera à son tour remplacé par le rein définitif, qui se constitue de la façon suivante : De l'extrémité inférieure du canal de WOLFF se détache entre la 5^e et la 8^e semaine chez l'homme, un bourgeon renflé à son extrémité libre, qui débouche dans le cloaque par un pédicule étroit. Le bourgeon bute contre la colonne vertébrale et s'y divise en 2 bourgeons secondaires, qui seront les deux futurs grands calices, puis remonte le long de la colonne vertébrale et gagne ainsi la loge rénale.

De la bifurcation de ce bassinnet vient naître, suivant REMAK, les calices et les tubes urinifères qui se terminent au contact des bourgeons vasculaires pour former avec eux les glomérules. Cependant à l'heure actuelle, on tend à substituer à cette théorie l'interprétation suivante :

Les portions secrétantes (corpuscules, tubes contournés, canaux intermédiaires), se différencient de toutes pièces dans le blastème rénal; les portions excrétautes (tubes collecteurs) naissent des dernières subdivisions des calices, et vont s'anastomoser avec les précédentes. Le rôle du bourgeon urétéral serait donc singulièrement amoindri.

Quoiqu'il en soit à chaque calice correspond un petit lobe rénal indépendant de son voisin. La capsule fibreuse du rein qui apparaît sous la forme de cellules conjonctives fusiformes, et qui sur un embryon de 20 millimètres, est déjà nettement différenciée, groupe ces lobules en un organe unique.

Lorsque le rein est constitué, le corps de WOLFF

s'atrophie, puis disparaît, et normalement, il ne persiste rien de la portion urinaire du corps de WOLFF si ce n'est les quelques corpuscules qui ont été entraînés par l'épididyme et qui forment les « vas aberrans » de HALLER et l'organe de GIRALDES, chez l'homme et le petit corpuscule décrit sous le nom de Paraphoron chez la femme.

Le corps de WOLFF n'est pas seulement un organe urinaire, il est aussi un organe génital : la glande génitale s'est constituée de toutes pièces à ses côtés, aux dépens de l'épithélium germinatif, dont les grosses cellules polyédriques ou sphériques contrastent avec des cellules aplaties du coelome, et forment une glande qui s'applique sur le côté interne du rein secondaire, auquel il n'est plus relié que par un méso. Les canalicules supérieurs du corps de WOLFF plus petits que les canicules urinaires et qui ne sont jamais ramifiés vont déboucher chez l'homme dans le canal de WOLFF qui se transforme ainsi en canal déférent, tandis que leur autre extrémité gagnera la glande génitale pour former plus tard les tubes droits, et le « rete testis ».

Chez la femme, le canal de WOLFF disparaît, son extrémité supérieure persiste seule sur une petite longueur : entraînée comme toutes les formations Wolffiennes par la descente de la glande génitale, nous la retrouverons dans le méso-salpinx ; c'est le canal du corps de ROSENMULLER dont les canalicules transversaux représentent les canalicules supérieurs Wolffiens, ceux qui chez l'homme ont donné naissance aux tubes droits et au rete testis.

Voici donc une première formation, le corps de WOLFF dont les remaniements incessants peuvent bien détacher quelques débris aberrants, revêtus d'un épithélium cylindrique caractéristique.

II. — *Le Canal de Müller.*

L'embryologie nous montre encore dans la région rénale, la présence d'une autre formation, c'est le canal de MULLER, dont l'extrémité supérieure s'ouvre dans le cœlome sous la forme d'un entonnoir revêtu d'un épithélium polyédrique stratifié. Utilisé tout entier chez la femme pour constituer la trompe, il s'atrophie au contraire chez l'homme et disparaît, le seul débris qu'il laisse : l'hydatide sessile de MORGAGNI, s'accole au testicule et est entraînée par lui.

III. — *Capsule surrénale.*

Il est un dernier organe qui se développe dans cette région, c'est la capsule surrénale. Sans reprendre en détail l'évolution de cette dernière, rappelons seulement que la médullaire est d'origine sympathique et apparaît d'une façon tardive; la corticale se constitue d'une façon précoce peu après le corps de WOLFF, soit aux dépens d'un mésothélium et d'une façon diffuse, soit aux dépens des bourgeons épithéliaux pleins, venus de l'épithélium du cœlome. Quant aux capsules surrénales accessoires, les seules qui nous intéressent dans le cas présent, elles viendraient d'après AICHEL des canalicules transversaux des corps de WOLFF.

IV. — *Éléments endothéliaux.*

En dehors de ces éléments épithéliaux formés par ces organes éphémères, nous pouvons rencontrer aussi des éléments endothéliaux.

Les uns viennent des vaisseaux et en particulier des vaisseaux lymphatiques, les autres dérivent du revêtement endothélial du péritoine.

On sait que les côlons aussi bien ascendant que descendant, sont au début libres dans l'intérieur de la cavité péritonéale, et qu'un mésocôlon les relie à la ligne médiane; plus tard les côlons s'appliquent à la paroi abdominale postérieure. Si l'accolement se fait bien depuis la racine du mésocôlon jusqu'à l'anse colique, il ne reste de ce dispositif qu'un feuillet prérénal qui entre dans la constitution du fascia prérénal où toutes les cellules endothéliales ont disparu. On conçoit qu'une résorption incomplète puisse se faire chez certains sujets, et qu'il persiste chez eux un petit amas de cellules endothéliales.

Parfois même l'accolement se fait mal, il persistera en un point une cavité tapissée par l'endothélium péritonéal qui est l'amorce possible de certains kystes.

2^e Origine.

En possession de ces données, les unes fournies par l'embryogénie, les autres par l'anatomie pathologique, il devient possible d'envisager la pathogénie des kystes rétro-péritonéaux.

I. — *Origine Wolffienne.*

L'opinion la plus généralement répandue est que ces tumeurs sont d'origine Wolffienne et dérivent des débris du Corps de Wolff.

Cette théorie a été émise pour la première fois en 1889 par PRZEWOSKY qui se basait sur les caractères histologiques des kystes examinés par lui.

A l'heure actuelle, où l'on connaît mieux le développement de la région rénale, on demande pour admettre l'origine Wolffienne d'une tumeur les 2 caractères suivants :

Histologiquement, la tumeur doit être tapissée d'une seule rangée de cellules cylindriques élevées. Il est vrai que dans certains cas, cet épithélium peut s'aplatir et même prendre un aspect endothéliforme, et il nous semble que la tumeur enlevée par Monsieur MENEGAUX est la plus belle illustration de cette transformation où à côté de cellules endothéliformes, on trouve des cellules cylindriques aplaties.

En outre ces lésions doivent apparaître et se développer dans une région bien déterminée de la loge rénale : c'est dans la partie antérieure qu'elles sont contenues, et ne recouvrent le rein que dans sa moitié inférieure, niveau où siège le mésonéphros.

Plus tard, cependant, elles peuvent descendre légèrement et on les trouve alors, comme dans le cas de Monsieur MENEGAUX dans la fosse iliaque.

A ces données macroscopiques et microscopiques s'ajoute cette donnée fournie par l'examen chimique du liquide qui renferme des traces d'urée, de chlo-

rures et de phosphates sans que ces corps soient jamais en quantité telle que la composition du liquide soit identique à l'urine.

Lorsqu'un kyste réunit ces trois caractères, nous pouvons affirmer son origine Wolffienne et de nombreux examens faits par la majorité des auteurs ne sauraient nous laisser aucun doute. La plus belle preuve nous en est certainement fournie par l'observation de MADIER et NATHAN qui ont retrouvé en un point de leur kyste un tube Wolffien primitif.

Nous devons d'ailleurs ranger sous cette étiologie, d'autres kystes, où les auteurs nous affirment cette origine sans qu'un examen histologique ait été pratiqué.

Toute une série d'autres cas se rapportent peut-être à cette pathogénie, mais cela reste bien incertain, ce sont les cas dans lesquels l'examen microscopique n'a pas trouvé d'épithélium de revêtement, la coupe a du passer par un point dépourvu d'épithélium ou bien ce dernier s'est détaché pendant la fixation de la pièce.

Enfin il nous paraît que le kyste enlevé par Monsieur ROUHIER soit à rattacher à cette pathogénie car si nous trouvons une couche basale de cellules aplaties, qui n'a jamais été trouvée ailleurs que dans cette coupe examinée par Monsieur RAVINA, on retrouve néanmoins dans cette tumeur prérénale, un épithélium cubo-cylindrique caractéristique.

II. — *Origine rénale.*

Si l'origine Wolflienne semble répondre à l'heure actuelle à la majorité des cas, elle est loin de pouvoir s'appliquer à tous, et ce serait une grave erreur de vouloir la généraliser.

C'est ainsi qu'elle ne saurait expliquer les kystes communiquants avec le bassinnet. Les débris Wolfliens n'ont aucune connexion avec cet organe et il faut chercher ailleurs leur origine.

En outre, un certain nombre de ces kystes sont situés en arrière du rein alors que le mésonéphros répond à la face antérieure et à la moitié inférieure du rein. Si nous examinons leur paroi interne, nous voyons qu'elle est très variable. Si ADLER signale simplement une muqueuse normale, KROGIUS trouve un épithélium analogue à celui du bassinnet, et HAWKINS des fragments de tissu rénal.

En tenant compte de ces diverses constatations, il est permis de penser que de semblables tumeurs dérivent d'un diverticule anormal du bassinnet, d'une sorte de calice supplémentaire qui est devenu le point de départ d'un lobule rénal aberrant. La capsule du rein en s'organisant l'a définitivement séparée de cette dernière, et si un rein mal formé peut devenir hydronéphrotique, à plus forte raison peut-il en être ainsi pour un semblable diverticule.

Enfin le fait que ces kystes ne communiquent jamais que par un seul pertuis ne prouve-t-il pas qu'ils viennent d'un diverticule unique.

III. — *Origine péritonéale.*

Les pathogénies précédentes, s'appliquent à des kystes qui par la nature de leur paroi et la composition de leur liquide se rattachaient indiscutablement à un point de départ urinaire; mais, il n'en est pas toujours ainsi.

On peut rencontrer des tumeurs tapissées par un endothélium bas, le type en est le cas de PRZEWSKY, où le kyste présentait une seule couche de petites cellules semblables à l'endothélium des séreuses et qui contenait un liquide semblable aux liquides séreux de l'abdomen.

N'est-il pas tout naturel d'admettre pour ces kystes une origine péritonéale. C'est l'opinion émise par JEANNEL et soutenue par RAMBAUD dans sa thèse. Elles auraient pour point de départ, une petite poche séquestrée par l'accolement incomplet à la paroi abdominale postérieure des mésocôlons ascendant et descendant; ils occupent donc toujours la paroi antérieure du rein. Le kyste d'AUMONT et OKINCZYK est particulièrement probant, puisque l'adhérence au côlon était telle qu'ils ont dû le réséquer pour extirper le kyste.

IV. — *Origine lymphatique.*

Certains kystes fort rares, relèvent d'un mode de développement différent, ce sont des kystes uni ou multi loculaires dont la paroi est formée par une couche de tissus conjonctifs avec fibres élastiques et

recouvertes d'un endothélium. Le contenu est un liquide séreux ou visqueux renfermant une assez grande quantité d'albumine. Le type de la lésion uniloculaire est fourni par l'observation d'HOFFMANN, le cas de JACOB et BOURGUIGNON est un bel exemple de kyste multiloculaire. La tumeur rétro-rénale enlevée par LEPOUTRE où, à côté d'un gros kyste, on trouvait de nombreux micro-kystes, semble faire l'intermédiaire entre ces deux types.

Ces divers auteurs pensent à des tumeurs d'origine lymphatique.

SCHLOMANN, en liant l'uretère d'un lapin a pu réaliser contre cet uretère, par dilatation des lymphatiques, de véritables kystes lymphatiques expérimentaux qui se rapprochaient tout à fait des lésions que nous venons de signaler.

V. — *Origine surrénale.*

Dans quelques cas, il semble que le kyste se soit développé aux dépens de débris surrénaux, la capsule surrénale ayant d'ailleurs évolué normalement. C'est peut-être à cette origine qu'il faudrait rattacher le kyste de MAUCLAIRE. Dans sa description histologique, il y avait 3 couches, l'une interne à cellules fines allongées, une moyenne avec des canalicules urinifères, une externe avec des tubes contournés et des glomérules. Cette tumeur n'avait pas de revêtement épithélial Wolffien.

THÉVENOT pense que dans ce cas, les cellules fines et allongées de la couche interne sont semblables à celles

que PRENANT décrit au début de la constitution de la glande surrénale. L'origine surrénale expliquerait son siège au pôle supérieur du rein, et la théorie d'ARCHEL permet de comprendre pourquoi des débris Wolffiens persistent en certains points de la paroi.

En résumé, si nous cherchons à superposer les caractères fournis par la topographie des kystes, leur structure histologique, la nature de leur contenu aux données embryologiques, nous croyons que l'on peut admettre les explications pathogéniques suivantes :

Origine Wolffienne;

Rénale (par lobule aberrant ou diverticule du bassin);

Péritonéale;

Lymphatique;

Para-surrénale.

De ces théories, aucune ne nous paraît exclusive et chacune s'applique à des cas déterminés.

3° Causes déterminantes.

Il nous reste maintenant à rechercher les causes qui ont réveillé le germe endormi dans la loge adipeuse et hâté son développement.

Il semble que le plus souvent, ce dernier s'est effectué peu à peu depuis l'heure où le germe a été inclus dans les espaces conjonctifs, sans qu'à aucun moment rien ne soit venu précipiter son développement.

Dans certains cas, on a volontiers invoqué le traumatisme comme agent favorisant. Cette influence du

traumatisme est beaucoup moins importante, beaucoup plus difficile à établir qu'on a eu jusqu'ici tendance à l'admettre.

Si l'on exclut les épanchements enkystés de sang ou d'urine siégeant dans l'aire périrénale, on s'aperçoit que l'action nette du traumatisme sur le développement des kystes proprement dits est exceptionnelle. Peut-être, peut-on l'admettre et encore avec des réserves, dans les cas de liquide hémorragique cité par OKINCZYC, CAVE et PALLOTTI.

L'influence du sexe a été discutée. On a toujours considéré que la femme était plus prédisposée que l'homme; cette opinion semble assez exacte, si l'on songe que dans les observations où le sexe a été précisé, on trouve 49 femmes pour 21 hommes, nos trois observations concernent d'ailleurs des femmes. C'est une simple constatation à laquelle aucune explication satisfaisante n'a été donnée; faudrait-il y voir une conséquence de la régression d'une plus grande partie du corps de WOLFF chez la femme que chez l'homme. Cette explication qui nous est personnelle, n'est-elle pas trop simpliste ?

De même, le kyste a été observé 47 fois à droite, contre 23 fois à gauche, rien ne vient expliquer cette localisation plus fréquente d'un côté.

L'influence de l'âge n'est pas nette. Nous avons retrouvé plus de 10 observations où les malades avaient moins de 12 ans, et si on observe des kystes, le plus fréquemment chez des adultes de 30 à 40 ans, il est

impossible de savoir à quelle date remonte leur début.

En somme, en dehors des données embryologiques, nous ne savons à peu près rien des causes qui hâtent le développement de ces kystes.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons vu que les kystes rétro-péritonéaux pouvaient évoluer lentement sans contracter d'adhérences avec les organes voisins. Comme ils peuvent atteindre un volume important sans créer une véritable gêne pour le malade, il arrive parfois que ces kystes ne se soient révélés par aucun trouble, au point de constituer des découvertes d'autopsie; la plupart du temps, en dehors de l'apparition d'une tumeur qui pourra frapper l'attention du malade, ils ne se traduiront que par quelques signes objectifs qui souvent n'attireront pas l'attention sur cette région. C'est dire tout l'intérêt que présentent les images radiologiques qui viennent enrichir les observations récentes et sur lesquelles nous allons insister à la fin de ce chapitre.

1° Signes cliniques.

I. — *Signes subjectifs.*

Les troubles ressentis par le malade sont généralement extrêmement vagues et bien souvent ne sont que des signes d'emprunt qui peuvent orienter vers un diagnostic erroné.

Le malade peut ressentir une douleur sourde dans

la région rénale qui n'est souvent qu'une simple sensation de pesanteur.

Parfois la douleur est plus précise, la malade de Monsieur MENEGAUX éprouvait une douleur localisée dans la fosse iliaque et la région lombaire; elle s'exagérait à la marche et provoquait parfois des syncopes.

Comme le plus souvent les troubles fonctionnels font défaut, la tumeur reste ignorée jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment grosse pour être perceptible. En ce qui concerne la malade de Monsieur MENEGAUX, elle présentait déjà depuis un an des troubles fonctionnels quand la tumeur devint perceptible. D'autres fois, les douleurs sont plus vives, et un certain nombre d'observations relatent des douleurs violentes accompagnées de signes généraux graves qui ont fait porter le diagnostic d'urgence chirurgicale.

CALVET reçoit en urgence à Cochin une femme qui à la suite d'une chute accuse une violente douleur dans le flanc gauche; il constate l'existence d'une tumeur abdominale s'accompagnant d'une pâleur intense et d'un pouls qui dans l'espace d'une heure s'accélère de 120 à 140. Il intervient pour une rupture de la rate et trouve un kyste rétropéritonéal.

ATKINSON-STONEY, fit la même découverte opératoire chez un malade qui présentait un syndrome abdominale aigu, constitué par de la contracture de la fosse iliaque droite et une température à 40°. Il avait posé le diagnostic d'appendicite aiguë. ,

Quelques auteurs ont également signalé des crises de douleurs paroxystiques.

En dehors de ces douleurs, mal définies, le malade peut accuser quelques troubles qui sont eux aussi les plus vagues et les plus variés.

Parfois le malade présente des troubles digestifs, tantôt de l'anorexie, tantôt même des vomissements (KROGIUS).

Quelques auteurs (PAVLOWSKI, LATRONCHE), ont signalé du ballonnement abdominal; FORSTER a signalé des crises de constipation, et OKINCZYK de la diarrhée.

Les troubles urinaires qui sont peu fréquents sont eux aussi variables : CADENAT a signalé des douleurs au moment de la miction; ALBARRAN, une diminution du nombre des mictions et KROGIUS des hématuries.

Deux fois, on a signalé de l'œdème d'un membre inférieur : PRZEWOSKY, du côté de la tumeur et LEPOUTRE, du côté opposé.

Enfin signalons que GREGORY a ôté un kyste rétro-péritonéal chez une femme de 31 ans qui présentait de l'aménorrhée depuis 21 mois.

Tous ces signes subjectifs, en général peu nets et trompeurs, font bien souvent défaut. De nombreuses observations signalent que les malades ne ressentent aucun trouble et consultent parce qu'ils constatent une augmentation du volume de leur ventre, ou perçoivent une tumeur abdominale.

Ce sera donc l'examen physique de celle-ci qui devra aiguiller le diagnostic.

II. — *Signes physiques.*

L'aspect de l'abdomen est extrêmement variable

suivant le volume de la tumeur. Si dans certains cas, l'abdomen à l'inspection ne paraît pas modifié, dans la plupart des cas, on note soit une distension, soit une déformation de l'abdomen. Parfois, il existe une circulation veineuse collatérale comme l'ont signalée PRZEWOSKI et LEPOUTRE.

Voici déjà de quoi susciter les diagnostics les plus variés suivant que la tumeur siège à droite ou à gauche.

Cette tumeur, vu son indolence, est le plus souvent facile à palper.

On est en présence le plus souvent d'une masse lisse et régulière, mais d'autres, multiloculaires, peuvent paraître bosselées ou de consistance inégale.

Ces tumeurs sont fluctuantes pour la plupart, or leur liquide sous pression donne une masse ferme et élastique.

Il est difficile de leur préciser des limites générales, puisqu'elles varient avec le volume du kyste; cependant, si nous envisageons les kystes les plus fréquemment observés, ceux qui sont de la grosseur d'une tête de nouveau-né, ils ont généralement la position suivante : dépassant rarement la ligne médiane en dedans, ils sont collés en dehors contre le flanc, ils peuvent remonter en haut sous les fausses côtes ou sembler se continuer avec le foie lorsqu'ils siègent à droite. Ils descendent presque toujours dans le petit bassin.

Le palper bi-manuel permet de délimiter le pour-

tour du kyste que l'on sent plaqué contre la paroi postérieure sans la refouler.

Les deux tiers des observations signalent l'existence du contact lombaire. Enfin dans deux cas, LE-PETIT et ADLER, ont cru percevoir un ballottement rénal et les ont confondus avec une tumeur rénale.

Par la percussion on peut étudier les rapports de la tumeur avec l'intestin.

Si le kyste est très petit, les anses grêles et le côlon le recouvrent et l'abdomen conserve sa sonorité normale. Si le kyste est plus volumineux il refoule les anses grêles vers la ligne médiane et seul le côlon conserve avec lui des rapports qui varient suivant les cas. Certaines fois, le côlon reste en place et détermine en avant de la tumeur une bande de sonorité qui croise verticalement la masse du kyste dont la matité contraste avec la sonorité colique. Cette particularité existait chez la malade de CALVET.

D'autres fois également, lorsque le kyste est très gros, cette sonorité disparaît; parfois le côlon qui reste en avant du kyste est comprimé, certains auteurs insistent alors sur le fait que dans ces cas le passage des gaz provoque une sonorité transitoire du côlon. Cependant la radio a montré que le plus souvent le côlon glissait vers la face interne du kyste.

L'exploration des autres organes, en dehors du rein sur lequel nous reviendrons spécialement, ne montre pratiquement rien.

Le foie est généralement moins refoulé vers le diaphragme que par les tumeurs solides.

Le bord inférieur du foie est généralement bien délimité par un sillon plus ou moins profond. Certains ouvrages signalent la possibilité de voir s'intercaler une anse intestinale dans le fond de ce sillon, et grâce à la sonorité de l'intestin il serait alors très facile de délimiter ce sillon.

Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver d'observation qui signalait ce fait.

La rate ne présente jamais d'adhérences avec ces tumeurs. Le toucher vaginal permet parfois d'atteindre l'extrémité inférieure de la poche, on vérifie ainsi son indépendance vis-à-vis de l'utérus qui est généralement refoulé vers le bas.

ASHHURT et Mc GUIRE ont constaté l'augmentation du volume des trompes.

Nous aurons l'occasion de revenir sur l'intérêt que peut présenter l'hystérographie.

Récemment, HESSE a pensé pouvoir diagnostiquer les tumeurs rétro-péritonéales par les troubles du sympathique. L'excitation ou la paralysie du tronc du nerf sympathique ou de ses anastomoses dans la région lombaire produit une triade de symptômes au niveau du membre inférieur :

Modification des réactions pilo-motrices.

Modification de la température.

Hyperhydrose.

Selon lui, l'accroissement de ces tumeurs provoque la compression de la portion lombaire du sympathique.

Cette compression provoque dans un premier stade,

un refroidissement net de la peau, de l'hyperhydrose, et une exagération des réactions pilo-motrices du membre inférieur correspondant. Si la compression se prolonge ou si la tumeur s'accroît, il s'en suit une période d'inhibition puis de paralysie du nerf se traduisant par l'élévation de la température, l'anhydrose et la disparition des phénomènes pilo-moteurs.

Cette recherche lui aurait donné des résultats intéressants dans huit cas de tumeurs rétro-péritonéales.

Seul DURST l'a expérimentée sur un kyste rétro-péritonéal; il insiste sur l'intérêt de cette recherche pour le diagnostic précoce.

Nous avons tenu à signaler ces recherches, mais le manque d'observations ne nous permet pas de nous faire une opinion sur l'intérêt et la valeur de cette méthode.

Tous ces signes physiques nous révèlent l'existence d'une tumeur abdominale dont la localisation et la nature restent bien vagues.

Depuis quelques années, la mise au point des examens fonctionnels du rein et la radiographie nous ont permis de situer ces tumeurs et d'éliminer les tumeurs rénales.

III. — *Examen de la fonction urinaire.*

L'intégrité de la fonction excrétrice du rein, lorsqu'on peut la constater, permet à elle seule d'éliminer bien des causes d'erreur, en particulier les tumeurs rénales.

Les anciens auteurs, utilisant le seul mode d'exa-

men qu'ils connaissaient, examinaient l'aspect des urines, c'est ainsi qu'ALBARRAN, constatait chez son malade une diminution du nombre des mictions.

Cet examen bien que sommaire doit toujours être fait dans les cas urgents, c'est lui qui devant la notion de traumatisme a permis à CALVET d'éliminer l'éclatement du rein.

Plus tard, la constante d'AMBARD et l'étude de l'élimination par le rein des colorants, ont permis de vérifier l'état de la fonction du rein.

Mais, c'est l'apparition du cathétérisme séparateur des uretères, qui en permettant l'étude fonctionnelle de chaque rein, a vraiment prouvé dans ces cas l'intégrité fonctionnelle du rein.

La plupart des observations constatent que l'excrétion du rein était normale en quantité et en qualité. Il n'existe qu'une seule note discordante c'est l'observation de FRITZ KONIG où le cathétérisme ne ramenait pas d'urines du côté malade. Sans mettre en doute la bonne foi de cet auteur, nous nous permettons quelques réserves au diagnostic de sa tumeur. A l'intervention il trouve à côté d'un rein atrophié une masse polikystique qu'il a qualifié de kyste lymphatique.

Dans ce cathétérisme séparateur, l'examen doit porter uniquement sur la qualité des urines et non sur la quantité : il est possible que pour une raison de compression le rein du côté malade reçoive moins de sang que l'autre, il en résulte une diminution du débit, mais puisque le rein est sain, la con-

centration doit rester la même. La malade de Monsieur MENEGAUX présentait du côté malade des urines moins abondantes, mais dont la concentration était normale. C'est donc que le rein avait un fonctionnement normal.

Nous allons revenir dans quelques instants sur l'intérêt que présente un autre examen rénal : la radiographie.

2° Signes radiologiques.

THÉVENOT dans son rapport au Congrès de Chirurgie en 1919 constatait qu'aucun examen radiologique n'avait encore été tenté pour faciliter le diagnostic des kystes rétro-péritonéaux.

Le perfectionnement des appareils et la mise au point des techniques ont rendu de très grands services ces dernières années, si bien qu'un examen radiologique est devenu le complément nécessaire à ce diagnostic.

Si la plupart des auteurs n'ont fait qu'un examen rénal, d'autres ont fait un examen radiologique complet, et nous devons à JEANBRAU et TRUC une magistrale synthèse de la question.

Nous n'avons retrouvé que la publication de GOLINVAUX, dans laquelle, l'auteur à propos d'une tumeur occupant tout le côté droit de l'abdomen, a jugé nécessaire de faire un examen radiologique complet du tube digestif. Il a pu ainsi faire à propos de l'estomac des remarques très intéressantes.

« Le remplissage de l'estomac était normal, mais
« l'estomac petit était refoulé dans l'angle supérieur
« gauche de l'abdomen. La grande courbure de
« l'antra pylorique présentait une rectitude comme
« s'il était en contact avec une masse solide. Le
« pylore n'atteint pas la ligne médiane. Le bulbe
« duodénal se projetait sur la partie gauche de la
colonne. »

L'examen radiologique du côlon après lavement baryté est un de ceux qui ont été pratiqués le plus fréquemment.

Si dans quelques cas, le côlon est en place, il arrive fréquemment qu'il ait glissé vers la ligne médiane, c'est ce qu'ont observé entre autres STEWART et TRUC.

Le malade de GOLINVAUX présentait aussi un énorme déplacement du côlon : le cœcum était dans la fosse iliaque gauche, et l'angle hépatique se trouvait à gauche de l'espace entre la 1^{re} et la 2^e vertèbre lombaire.

Dans l'observation de MIRIZZI le cœcum descendait au-dessous du détroit inférieur.

Seuls PAVLOWSKI et AUDISIO ont pratiqué l'hystérographie avec lipiodol. Ils ont constaté que le lipiodol entraît facilement et que si la cavité utérine était agrandie, les trompes étaient perméables et d'un aspect normal. Ils insistent sur l'intérêt de cet examen qui permet de différencier le kyste rétro-péritonéal du kyste de l'ovaire dans lequel il y a toujours une déformation de la trompe.

Si tous ces examens présentent un intérêt réel, le plus important est l'examen rénal qui nous montrera un rein déplacé mais de forme normale. La pyélographie ascendante nous permettra d'affirmer quand l'uretère est dévié que la tumeur se trouve bien dans le même plan que lui, c'est-à-dire derrière le péritoine.

On a pu examiner le rein sans préparation, GOLINVAUX a constaté de la sorte que les deux loges rénales étaient occupées par des reins normaux en situation et en volume.

Le plus souvent on a pratiqué comme Monsieur MENEGAUX l'examen du rein après injection de Ténébryl, sans doute cet examen donne moins de renseignements que la pyélographie ascendante, mais il a l'avantage de pouvoir être pratiqué sans l'intervention d'un spécialiste.

Ce sera donc à la pyélographie ascendante que nous demanderons les renseignements les plus précis, car elle nous montre à la fois les déformations et les déviations du rein et de l'uretère. Le bassinnet peut être parfois augmenté de volume, mais il conserve toujours sa forme normale.

L'uretère est généralement dévié vers le centre, c'est ainsi que dans l'observation de JEANBRAU et TRUC la pyélographie montrait le bassinnet au niveau de la 2^e lombaire et l'uretère curviligne rejeté vers la ligne des apophyses épineuses pour revenir ensuite vers la ligne sacro-iliaque. Dans la concavité de l'uretère on voyait une ombre réniforme constituée par le kyste.

PAVLOWSKI présentant à la Société de Chirurgie de Buénos-Aires un kyste rétro-péritonéal de la grosseur d'une orange, n'a pas trouvé de déviation de l'uretère. Il en concluait que cette déviation n'existait que dans le cas de kyste séreux du rein.

Il fut fortement critiqué par SALLERAS qui représentant l'opinion généralement admise, reconnaissait que dans un kyste de petite taille la déviation n'est pas constante, mais que dans les gros kystes elle existe presque toujours.

Nous résumerons ces signes radiologiques en reproduisant les commentaires de JEANBRAU et TRUC où, tout en reconnaissant qu'ils ne sont pas constants, la constatation des signes radiologiques suivants permet d'affirmer la présence d'un kyste rétro-péritonéal.

1° Le déplacement du rein et des uretères, et la courbure anormale des uretères.

2° Le déplacement et les modifications des organes voisins que la tumeur refoule et déforme.

3° Parfois l'image de la tumeur qui tranche sur le rein.

Ces signes doivent être associés au signe négatif suivant :

4° L'intégrité morphologique du bassin et l'intégrité fonctionnelle du rein.

EVOLUTION ET COMPLICATION

I. — Evolution.

Les kystes rétro-péritonéaux sont des tumeurs bénignes qui parfois ne sont que des découvertes d'autopsie chez le vieillard.

Cette bénignité semble due à la lenteur de leur évolution et à leur développement dans une région où ils ont très peu d'organes à compresser.

Les kystes ont une évolution extrêmement lente, on pourrait en trouver une preuve dans le fait que la plupart du temps les kystes rétro-péritonéaux s'observent chez des adultes, mais il faudrait alors admettre que dès la naissance ces tumeurs commencent à évoluer, ce qui n'est qu'une hypothèse de pathogénie.

Il est des cas où les malades ne viennent consulter, ou ne sont opérés que longtemps après avoir constaté leur tumeur : celui de JEANBRAU avait perçu sa masse abdominale depuis 6 ans et celui de MAUCLAIRE depuis 19 ans. A l'heure actuelle on ne voit plus de pareilles évolutions car les malades se surveillent plus, la consultante de M. MENEGAUX n'avait perçu sa tumeur que depuis un an, quand elle vint se la faire enlever.

Les kystes rétro-péritonéaux à leur origine sont situés en avant de la moitié inférieure de la face antérieure du rein.

Evoluant sans créer d'adhérences, ils ont tout naturellement tendance à se porter vers la partie inférieure de la cavité abdominale occupée seulement par les anses grêles et le côlon.

Nous avons vu que les anses grêles étaient refoulées en dedans et que le côlon glissait généralement vers le bord interne du kyste. Celui-ci peut donc acquérir un très gros développement sans risquer de comprimer les organes voisins. Le rein lui aussi se laisse déplacer sans être comprimé; les tumeurs solides au contraire compriment le rein et le vaisseaux.

II. — Complications.

Par la lenteur de leur évolution, les kystes rétro-péritonéaux sont bien tolérés par le malade, nous allons voir maintenant que par la rareté de leurs complications, on les considérait jusqu'à présent comme un très faible danger pour l'individu.

De toutes les observations que nous avons relevées, nous n'avons trouvé que quatre ou cinq cas où le kyste a pu se compliquer, mais même parmi ces cas, la plupart demandent une interprétation.

Les complications traumatiques ne semblent pas exister vraiment, bien que le malade soit toujours porté à retrouver une chute à propos de cette masse abdominale dès qu'elle lui fait mal.

La malade de CALVET a tout de suite vu une relation de cause à effet entre son état de shock consécutif à sa chute et sa tumeur abdominale dont elle ignorait jusqu'alors l'existence.

Quant à la rupture signalée par THOMPSON, les nombreuses ponctions qu'il avait déjà pratiquées sur le kyste avaient pu en modifier la structure et il est permis de penser que l'infection secondaire de ce kyste ponctionné l'a fait rompre spontanément.

Aucun fait probant ne permet d'affirmer que les hémorragies intra-kystiques soient dues à des traumatismes.

PALLOTTI dans un article consacré aux kystes hématiques, considère que les kystes rétro-péritonéaux peuvent devenir hématiques par traumatisme ou pachypéritonite.

Dans le cas qu'il publie la malade a ressenti des douleurs intenses sans traumatisme antérieur, et à l'intervention la paroi du kyste avait 4 mm. d'épaisseur.

L'infection des kystes rétro-péritonéaux est extrêmement rare. Il est en effet difficile de qualifier d'infectés, tout au moins primitivement, ces kystes fréquemment ponctionnés, dont le liquide d'abord clair est devenu peu à peu purulent; cette infection est commune à toutes les cavités que l'on ponctionne qu'il s'agisse d'une ascite ou de n'importe quel autre kyste.

Le seul cas d'infection primitive que nous avons trouvé fut observé par H. W. CAVE. Un enfant de trois ans présentait une tumeur de la fosse iliaque

droite, quand brusquement la température s'est élevée, accompagnée d'altération de l'état général. A l'intervention on trouve un kyste rétro-péritonéal contenant 850 cc. de liquide purulent renfermant du colibacille et du pyocyanique.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué, si bien qu'il est impossible de savoir de quelle variété de kyste il s'agissait.

On admettait jusqu'à ces derniers temps que les kystes rétro-péritonéaux ne pouvaient pas présenter de dégénérescence maligne.

On les opposait même par ce caractère aux kystes de l'ovaire qui dégénèrent parfois.

GIORDANO, au congrès de Chirurgie de 1919 avait publié l'observation d'un malade opéré d'un kyste rétro-péritonéal et qui revint trois ans après porteur d'un adéno-carcinome envahissant la prostate et la moitié de la vessie. Il ne pensait pas à une récurrence et l'examen histologique lui a confirmé qu'il était en présence d'une tumeur indépendante.

Ces derniers temps, MIRIZZI a observé pour la première fois une véritable dégénérescence maligne d'un kyste rétro-péritonéal.

Il s'agissait d'une femme de 36 ans dont l'examen clinique avait révélé un kyste rétro-péritonéal en apparence banal.

A l'intervention le pôle inférieur du kyste était fortement adhérent au psoas.

L'examen histologique montrait à côté d'une zone à épithélium cylindrique banal, des parties épaissies,

où l'on rencontrait des foyers d'infiltrations lymphoïde avec des zones calcifiées et des zones de dégénérescence hyaline. La partie inférieure présentait de nombreux vaisseaux sanguins et des lésions typiques d'adéno-carcinome. L'évolution a d'ailleurs confirmé le diagnostic, 6 mois après, la lésion avait occupé toute la fosse iliaque droite.

Cette dégénérescence maligne qui n'avait encore jamais été observée est venue modifier le pronostic toujours bénin que l'on portait à ces lésions, et imposer l'extirpation chirurgicale que l'absence de troubles aurait parfois laissé différer.

DIAGNOSTIC

Le manque de précision des symptômes des kystes rétro-péritonéaux rend leur diagnostic difficile. On comprend très bien qu'un praticien devant la rareté des cas observés n'ait pas pensé ou n'ait pas retenu ce diagnostic. Bon nombre de cliniciens de grande valeur n'ont fait le diagnostic qu'à l'intervention et n'ont pas craint de publier leur erreur.

En dehors des kystes abdominaux qui sont eux aussi des tumeurs rares, nous insisterons seulement sur une seule affection qui est d'ailleurs la plus grosse cause d'erreur : le kyste de l'ovaire.

Puis, abordant la région rénale, nous nous efforcerons de distinguer les kystes rétro-péritonéaux des tumeurs du rein; enfin nous essayerons de les différencier des autres tumeurs rétro-péritonéales.

1° Diagnostic avec les affections abdominales.

Le kyste rétro-péritonéal peut être confondu avec les affections les plus variées de l'abdomen.

L'ascite libre constitue sans doute une tumeur non enkystée qu'il paraît difficile de prendre pour un kyste rétro-péritonéal. Cependant ce dernier peut présenter parfois une tension liquide assez faible pour at-

ténuer les contours de la poche. Le malade peut aussi présenter des troubles associés. La malade de PRZEWSKI présentait des troubles digestifs qui lui ont fait commettre cette erreur.

Le kyste du corps du pancréas sera difficilement confondu avec un kyste rétro-péritonéal; il reste toujours médian, fixe, et haut placé. Il est d'ailleurs exceptionnel que cette tumeur pancréatique ne s'accompagne pas de troubles digestifs, diarrhée, selles graisseuses et mal digérées. En même temps le malade maigrit et présente fréquemment de la glycosurie.

Le kyste de la queue du pancréas est plus mobile, latéral, il peut être situé beaucoup plus bas et être plus facilement confondu avec un kyste rétro-péritonéal; il présente presque toujours les mêmes signes digestifs que le kyste du corps du pancréas. Lorsqu'ils font défaut, on peut, suivant la méthode de MIN-KOWSKI distendre par les gaz, l'estomac et le gros intestin, le kyste de la queue du pancréas se déplace alors que le kyste rétro-péritonéal reste fixe.

Le kyste du mésentère est une affection très rare. Il s'oppose au kyste rétro-péritonéal par ses douleurs intenses dès le début et ses troubles digestifs constants. Il constitue en outre une tumeur bien mobile qui reste constamment superficielle et au voisinage de l'ombilic.

Les tumeurs de la rate sont presque toujours mobiles, et se déplacent avec les mouvements respiratoires. La palpation permet en outre de percevoir en

dessous de la tumeur le bord inférieur de la rate avec ses incisures.

La rupture de la rate est un diagnostic qui, en temps normal, ne doit pas se confondre. Cependant l'erreur, très justifiable dans ce cas a été commise par CALVET, qui recevait en urgence une femme pâle, à pouls accéléré, schockée, et qui présentait une tumeur du flanc gauche.

Les tumeurs du foie sont généralement plus superficielles et appliquées contre la paroi abdominale antérieure. Elles ne sont en outre jamais limitées par une bande sonore d'intestin. La palpation permet fréquemment de constater leur continuité parfaite avec le foie, et de les situer au-dessus du bord inférieur du foie.

Les grosses vésicules ne seront pratiquement jamais confondues avec les kystes rétro-péritonéaux. Elles peuvent s'accompagner de signes généraux importants, d'ictère, de fièvre. Elles ne présentent jamais en tous cas de contact lombaire.

Les abcès sous-phréniques constituent toujours une affection à allure aiguë, débutant par un syndrome clinique emprunté à la lésion d'un viscère voisin : fièvre élevée, dyspnée, vomissements. La percussion permet de constater la présence de gaz à l'intérieur de la poche.

Les fibromes utérins et du ligament large, tumeurs dures et essentiellement irrégulières, sont des affec-

tions sur lesquelles nous n'aurions pas insisté sans l'observation extrêmement curieuse de GUTIERREZ. Il avait opéré une femme qui présentait à droite un fibrome du ligament large typique, et dans le cul-de-sac gauche, une masse dont il n'avait pas identifié la nature. A l'intervention il constate qu'avec ce fibrome du ligament large elle était porteuse d'un kyste rétro-péritonéal Wolffien.

Le kyste de l'ovaire, sera pratiquement le plus grand diagnostic à éliminer et surtout la plus importante cause d'erreur. Si l'on remarque que les kystes rétro-péritonéaux se voient surtout chez la femme, et que parmi ces observations la presque totalité des diagnostics erronés avaient posé : kyste de l'ovaire, on comprendra l'importance qu'il y a à essayer de différencier ces deux affections.

Les troubles subjectifs tels que les troubles menstruels ne présenteront que très peu d'intérêt puisqu'ils sont laissés à l'appréciation de la malade et que GRÉGORY a rencontré une femme à qui un kyste rétro-péritonéal avait provoqué de l'aménorrhée depuis 21 mois.

L'histoire de la tumeur et de son développement ne présente également que peu d'intérêt.

La percussion peut parfois les différencier car habituellement le kyste de l'ovaire présente une *matité médiane* qui se prolonge dans le flanc par une zone de sonorité, tandis que dans le kyste paranéphrétique le flanc est généralement *mat*.

Le toucher vaginal offre des signes plus précis,

dans le kyste de l'ovaire, le col est généralement attiré en haut et vers la tumeur, tandis que dans le kyste rétro-péritonéal le col est le plus souvent abaissé.

L'hystérographie qui commence à se généraliser nous amènera peut-être un diagnostic plus précis, dans le kyste de l'ovaire la trompe est allongée du côté malade alors que dans le kyste rétro-péritonéal, la trompe garde sa forme normale.

Malgré ces différences théoriques le diagnostic reste toujours extrêmement difficile ne serait-ce qu'en raison de l'extrême fréquence de l'une de ces affections et de la rareté de l'autre.

2° Diagnostic avec les tumeurs de la loge rénale.

Les kystes rétro-péritonéaux ont été fréquemment confondus avec les tumeurs rénales, d'autant plus que la plupart du temps, ce sont les symptômes de ces affections qu'ils empruntent.

L'hydronéphrose est d'un diagnostic différentiel difficile. Comme le kyste rétro-péritonéal elle se développe lentement. Cependant les procédés d'examen modernes ont rendu de grands services à cette occasion.

Déjà le cathétérisme séparateur des uretères permettait parfois le diagnostic.

Dans les hydronéphroses fermées, rien ne s'écoule à la sonde, le diagnostic aurait été évident sans le

cas de kyste rétro-péritonéal rapporté par FRITZ KOENIG où le cathétérisme ne ramenait pas d'urines du côté malade.

Dans les hydronéphroses ouvertes, la sonde permet parfois de vider la poche; cependant il existe aussi des poches intra-rénales réunies par un petit pertuis et que la sonde n'arrive pas à vider.

C'est dans ce cas que la pyélographie présente tout son intérêt; car, comme l'a dit JEANBRAU dans les kystes rétro-péritonéaux il y a toujours intégrité morphologique du bassinet qui peut être légèrement augmenté de volume, mais jamais déformé.

Le kyste du rein est d'un diagnostic beaucoup plus difficile, car le rein présente un fonctionnement normal. La pyélographie montrera le plus souvent un bassinet et des calices normaux; parfois elle montrera que le rein est accompagné dans tous ses déplacements par la tumeur. Pratiquement il est extrêmement rare que le diagnostic soit fait avant l'intervention.

Le cancer du rein ne saurait semble-t-il devoir être confondu avec le kyste rétro-péritonéal.

Si la structure habituelle de ces cancers, avec leur irrégularité et leur induration ne saurait les faire confondre, il est des sarcomes et même des épithéliomas qui sont fluctuants et prennent volontiers l'aspect d'un kyste.

D'autres peuvent être localisés au pôle inférieur et se projeter en avant, pouvant ainsi se laisser confondre avec une tumeur indépendante du rein.

Mais là encore la pyélographie montrera de gros désordres dans la morphologie interne du rein. Ces tumeurs s'accompagnent toujours d'hématuries et d'abaissement de la valeur fonctionnelle du rein.

L'évolution en est d'ailleurs toujours rapide.

Les reins polykystiques sont généralement bilatéraux. Ils évoluent sur un fond de néphrite chronique avec hématurie, albuminurie et s'accompagnent de douleurs. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on pourrait les confondre avec un kyste rétro-péritonéal.

3^e Diagnostic avec les autres tumeurs périrénales.

Nous ne nous attarderons pas sur les hématomes périrénaux ni les épanchements d'urines qui ne présentent que peu d'intérêt, nous serons obligés de ne dire que quelques mots des tumeurs solides périrénales, car ce sujet nous entraînerait beaucoup trop loin, et nous insisterons un peu plus sur les kystes hydatiques.

Les hématomes périrénaux sont pratiquement d'un diagnostic évident.

Ils succèdent généralement à un traumatisme et s'accompagnent de douleurs, d'hématuries et d'ecchymoses lombaires.

Il en est aussi de spontanés, mais ils succèdent alors à une affection précédemment connue : néphrite chronique, hémophilie, tuberculose ou néoplasme.

Pratiquement c'est une affection d'urgence alors

que le kyste rétro-péritonéal est une affection chronique.

L'épanchement d'urine est également consécutif à un traumatisme, la rupture spontanée est exceptionnelle. Il peut se faire sous la capsule qu'il décolle du parenchyme et former ainsi une poche bridée en dehors par la capsule qui le fera prendre pour un kyste.

Mais cette éventualité est extrêmement rare, car la plupart du temps, l'épanchement se fait en dehors de la capsule.

Les tumeurs solides rétro-péritonéales n'ont été individualisées que tout récemment par LECÈNE au Congrès de Chirurgie de 1919.

Ce sont des tumeurs solides à évolution généralement rapide avec de fréquentes métastases. Ces quelques caractères suffiraient à les différencier si ces tumeurs solides ne renfermaient des collections liquides. Bien que ces poches de liquide n'occupent jamais qu'une petite partie de la tumeur, le diagnostic peut être difficile puisqu'il existe aussi des kystes de consistance irrégulière. Il arrive ainsi que le diagnostic ne soit fait qu'à l'intervention, il est d'ailleurs heureux que les indications opératoires soient absolues d'un côté comme de l'autre.

Les kystes dermoïdes rétro-péritonéaux sont tellement rares que nous ne nous y arrêterons pas. THÉVENOT en signalait trois cas, depuis nous n'en n'avons retrouvé aucun autre cas. Ils ne présentent d'ailleurs

rien de particulier vis-à-vis des autres kystes dermoïdes.

Les kystes hydatiques rétro-péritonéaux sont extrêmement rares. BARBERIS considère que cette localisation se rencontre à peine dans trois kystes hydatiques sur mille. Les causes de cette localisation sont assez controversées, certains auteurs la considèrent comme primitive, d'autres comme secondaire.

Les uns avec CHARCOT et DAVAINÉ les considèrent comme primitifs, l'échinocoque pouvant aller directement dans les tissus cellulaires rétro-péritonéaux par voie sanguine ou lymphatique. Selon d'autres, cette localisation primitive pourrait se faire par voie digestive, l'échinocoque passant à travers le péritoine par effraction de la muqueuse intestinale ou même par voie vaginale.

A l'opposé de ces opinions M. F. DÉVÉ considère ces kystes comme secondaires; il s'appuie sur le fait que la rupture spontanée ou traumatique d'un kyste du foie donne lieu à des kystes pelviens, et qu'inversement on peut rencontrer des kystes pelviens multiples coexistant avec un kyste de la base du foie.

Quoiqu'il en soit ces kystes hydatiques ont des caractères particuliers qui permettent de les distinguer assez facilement des kystes embryonnaires.

Ce sont des kystes assez peu fréquents dans nos régions, la plupart des observations ont été publiées en Argentine ou à Montévidéo.

On note assez rarement le prurit et l'urticaire consécutifs des kystes hydatiques.

Si l'examen clinique est le même quoiqu'ils adhèrent volontiers au rein, les examens de laboratoire les différencient :

Il existe une éosinophilie très importante. Si la malade de PRAT ne présentait que 9 % d'éosinophiles, celle de BARBERIS présentait 30 %.

Enfin la réaction de CASONI est toujours positive, parfois même en 24 heures.

Dans certains cas, le diagnostic sera évident si le malade présente d'autres localisations de kystes hydatiques.

Ces kystes hydatiques grâce à leurs réactions générales seront donc facilement différenciés des kystes rétro-péritonéaux proprement dits, ce qui permettra de n'intervenir qu'après avoir pris les précautions nécessaires pour ne pas essaimer le kyste.

TRAITEMENT

Sans prétendre nous livrer à de grandes discussions concernant la technique opératoire, nous voulons simplement tracer en quelques lignes les principes du traitement des kystes rétro-péritonéaux.

La ponction du kyste fut le premier traitement employé puisque déjà HAWKINS en 1833 avait ponctionné son malade, mais le liquide réapparut et le malade mourut.

Ce traitement fut continué pendant tout le XIX^e siècle avec sans doute des résultats vitaux meilleurs, mais des résultats fonctionnels aussi mauvais puisque le liquide réapparaissait et s'infectait par des ponctions répétées.

Ce n'est qu'en 1880 que CZERNI tenta la *première extirpation* qui fut suivie de guérison.

Depuis 40 ans, l'extirpation est devenue la seule intervention que l'on pratique sur les kystes rétro-péritonéaux. Celle-ci se fait généralement assez facilement. Monsieur MENEGAUX note qu'il n'a rencontré aucune difficulté et que la malade n'a presque pas saigné. JEANBRAU n'eut pas même un pédicule vasculaire à suturer.

La ponction est parfois conservée, mais seulement comme premier temps opératoire; en présence d'un

kyste trop volumineux, certains chirurgiens ont préféré le ponctionner. C'est ainsi que CAVE a d'abord retiré 850 cc. de liquide du kyste qu'il opérait.

Parfois cette ablation est impossible par suite des adhérences que le kyste a contractées et on est obligé de marsupialiser la poche.

Les difficultés opératoires peuvent aller jusqu'à nécessiter la résection d'une partie de l'intestin.

GRÉGORY et MAYERS en présence d'un kyste rétro-péritonéal adhérent au mésocôlon transverse, durent réséquer une partie du côlon transverse, les suites opératoires furent d'ailleurs normales et le malade guérit.

AUMONT en présence d'un kyste intimement lié au côlon descendant, fut obligé de pratiquer un anus définitif.

Cette extirpation est généralement sans dangers, et le seul accident opératoire que nous ayons relevé est une blessure latérale de la veine cave supérieure par BÉRARD qui guérit après suture.

L'accès de la tumeur se fera par voie antérieure ou latérale.

La voie d'abord postérieure n'est pratiquement plus employée, celle-ci rencontrant de grosses difficultés, puisque la tumeur se trouve généralement en avant du rein. On ne l'emploie plus que lorsque intervenant pour une tumeur du rein, le kyste rétro-péritonéal est une découverte opératoire.

L'incision transversale allant du rebord externe

du grand droit à la ligne axillaire postérieure n'a été utilisée que par PALLOTTI.

L'accès par *laparotomie médiane ou latérale* le long du bord externe du droit est le plus facile. On aborde le kyste à travers le péritoine malgré le risque de lésions des vaisseaux coliques. Il faudra en outre éviter la rupture du kyste dans le péritoine par une bonne protection et un isolement soigné des viscères intra-péritonéaux.

En dehors de ces difficultés, cette voie deviendra franchement mauvaise, lorsque par suite de difficultés ou de l'infection du kyste on se verra contraint de marsupialiser.

C'est pourquoi on a tendance à préférer la lombotomie sus-iliaque, comme l'a d'ailleurs pratiqué M. MENEGAUX; on aborde alors la tumeur en passant sous le péritoine. Ce procédé, qui est beaucoup plus sûr, est cependant moins favorable, car il donne moins de jour et rend plus difficile l'énucléation de la tumeur. Il a pourtant le très gros avantage, lorsqu'on est contraint de marsupialiser, d'éviter l'abouchement de la tumeur à la peau à travers le péritoine. C'est pourquoi cette voie latérale est devenue la règle, chaque fois que le diagnostic a été posé avant l'opération et que l'on n'intervient pas pour un kyste de l'ovaire ou une hydronéphrose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite) M. MENEGAUX.

Mlle G. Raymonde, 22 ans, entre à l'Hôpital de la Charité le 20 juin 1933, pour douleurs abdominales. Elle sont localisées dans la fosse iliaque droite, et la région lombaire, elles sont intermittentes, et s'exagèrent à la marche. Ces douleurs sont apparues depuis 1 an environ et s'accompagnent depuis les dernières semaines de syncopes.

A l'examen :

L'abdomen est souple et dépressible. Dans la fosse iliaque droite, on découvre une tumeur de la grosseur d'un poing qui donne l'impression d'un rein fortement ptosé. La tumeur est lisse, bien régulière, très mobile.

Examen radiologique au ténébryl : le rein est normal et en place normale.

Examen fonctionnel : le cathétérisme bilatéral des uretères montre que les urines droites sont moins abondantes qu'à gauche mais sans aucune différence de concentration.

Diagnostic pré-opératoire probable : tumeur rétro-péritonéale.

Opération le 26 juillet 1933 (M. MENEGAUX).

Incision sus-iliaque droite, section des muscles obliques et transverse. On rencontre immédiatement la tumeur qui s'énuclee très facilement, presque sans aucune ligature.

Il s'agit d'un kyste à liquide clair.

Suites opératoires, normales, la malade sort guérie le 15^e jour.

Examen histologique de la pièce (D^r PERROT).

La paroi du kyste est composée de deux couches.

Une couche interne apparemment épithéliale, formée

d'une nappe cellulaire constituée tantôt d'éléments cubiques aplatis, tantôt de cellules endothéliformes.

Une couche externe formée par un tissu lamellaire très peu riche en cellules.

En dehors du tissu conjonctif banal.

On trouve çà et là sous l'épithélium de petits foyers calcifiés sans qu'on puisse voir ce qui s'est calcifié.

Absence totale d'éléments inflammatoires qui pourraient expliquer le passage à l'état cubique d'un endothélium.

OBSERVATION II (Inédite). D^r ROUHIER.

Mme G..., 60 ans.

Opération, 10 septembre 1936 (D^r ROUHIER).

Médiane sus et sous-ombilicale pour une masse kystique nettement latérale droite, haut située, présentant le contact lombaire pour laquelle on hésite entre kyste de l'ovaire adhérent, hydro-néphrose ou une rareté de kyste para-péritonéal, mésentérique ou pancréatique.

Le ventre étant ouvert, on voit apparaître un kyste trans-péritonéal qui n'est certainement pas génital.

Il occupe la place du rein. Le cæcum et le côlon ascendant sont repoussés vers le centre et la tumeur est directement en arrière du péritoine.

Le kyste est dans une large région avasculaire.

On incise le péritoine et sans aucune difficulté on décolle le kyste qui n'a pas de pédicule vasculaire et se laisse énucléer sans difficultés.

On referme la paroi. Suites opératoires normales. Liquide clair.

Examen de la pièce (D^r RAVINA).

Tissu de soutien conjonctif épais.

Superficiellement épithélium avec une seule assise de cellules cubiques à gros noyaux, à protoplasme éosinophile.

Au-dessous, on trouve des cellules allongées qui semblent constituer une basale.

OBSERVATION III (Inédite), D^r CALVET.

Mme Q... Jeanne, 29 ans, entre d'urgence à l'Hôpital Cochin avec le diagnostic de traumatisme abdominal. La malade a fait une chute le matin.

A son entrée, la malade est pâle, et présente un pouls qui monte en 1 heure d'attente, de 120 à 140.

Du côté abdominal on trouve à gauche une masse mate située derrière la sonorité colique qui donne le contact lombaire, les urines sont claires.

On opère avec le diagnostic de rupture de la rate.

Intervention.

Laparotomie sous-costale gauche.

On découvre une masse rétro-péritonéale gauche; cette masse qui est en avant du rein, est distincte de lui, elle présente la consistance d'une tumeur liquide et descend dans la fosse iliaque gauche.

Il n'y a pas de sang abdominal ni pelvien.

Devant l'état de shock où était la malade avant l'intervention on referme sans extirper la tumeur.

La malade sort 15 jours après, malgré sa promesse de revenir se faire opérer, on ne l'a pas revue, et il fut impossible de la retrouver.

OBSERVATION IV (ABBE).

Femme de 48 ans présentant à gauche une tumeur à début lent, mate indépendante de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Ablation d'un kyste rétro-péritonéal contenant 12 pintes de liquide. Ablation du rein.

OBSERVATION V (ADLER).

Homme de 60 ans. Grosse tumeur droite, fluctuante, ballotant nettement séparée du foie, partiellement réductible,

Opéré pour hydronéphrose.

Kyste du volume d'une tête d'enfant communiquant avec le bassinnet par une ouverture grosse comme une tête d'épingle, remplie d'urine.

Paroi lisse tapissée d'une muqueuse normale.

OBSERVATION VI (ALBARRAN).

Fillette de 10 mois, apparition il y a 2 mois d'une tumeur grossissant rapidement; l'enfant maigrit.

Ablation d'une tumeur polykystique pesant 1 kg. constitué de nombreux petits kystes.

Liquide jaune, très fluide.

Epithélium cubique, plus ou moins aplati, en certains endroits on retrouve des tubes épithéliaux pleins donnant l'aspect des tubes du corps de Wolff encore peu développés.

OBSERVATION VII (ASHHURT et Mc GUIRE).

Femme de 26 ans, vives douleurs provoquées par l'effort. Pas de troubles abdominaux.

On perçoit au toucher vaginal une masse de la grosseur d'un citron.

Ablation d'un kyste rétro-péritonéal présentant un liquide eau de source.

Paroi du kyste, une seule couche de cellules épithéliales cylindriques.

OBSERVATION VIII (ATKINSON STONEY).

Enfant de 12 ans présentant un syndrome abdominal aigu : vomissements, contracture de la fosse iliaque droite, douleurs.

Opéré pour appendicite, on trouve un kyste rétro-péritonéal. Suites normales.

OBSERVATION IX (AUMONT).

Femme de 68 ans. Douleurs de la fosse iliaque gauche s'exacerbant par crises. Pas de vomissements, mais constipation opiniâtre. Masse de la grosseur d'une tête de fœtus, immobile, peu douloureuse.

L'intestin et la tumeur sont intimement unis, ce qui oblige à réséquer en bloc l'intestin et la tumeur.

Guérison par anus définitif.

OBSERVATION X (BECK).

Homme présentant de nombreux kystes bilatéraux du volume d'un pois ou d'une noisette.

Découverte d'autopsie.

Paroi endothéliale, contenu lymphatique.

OBSERVATION XI (BÉRARD).

Femme de 30 ans. Trois crises douloureuses paroxystiques localisées au creux épigastrique et irradiant dans tout le ventre.

A la troisième crise, apparition dans la région vésiculaire d'une tumeur grosse comme une mandarine.

On pense à un kyste de la loge rénale par ballottement rénal, indépendant des mouvements du foie, examen du rein normal, pas de signes d'éosinophilie.

Kyste rétro-péritonéal typique.

A l'intervention, blessure latérale de la veine cave supérieure qui est suturée et qui guérit.

OBSERVATION XII (BRAUN).

Fillette de 4 mois, opérée pour tumeur lombaire gauche. Mort. Kyste à liquide clair devenu purulent, par suite de

ponctions. Paroi interne lisse, le kyste est un diverticule du bassin.

OBSERVATION XIII (CADENAT).

Femme de 31 ans. Masse de la fosse iliaque gauche.

Quelques troubles urinaires : douleurs au moment de la miction.

Le cathétérisme ne montre aucune modification des urines.

A la palpation, forme d'un rein.

On opère pour ptose rénale.

Kyste apparemment séreux. Extirpation, guérison.

OBSERVATION XIV (H. W. CAVE).

Enfant de 3 ans. Apparition il y a 9 jours d'une masse qui distend tout le côté droit. Pas de sensation de flottement, aucun trouble fonctionnel. Brusquement apparaissent fièvre, augmentation du volume du ventre, douleurs, altération de l'état général.

On trouve un kyste rétro-péritonéal contenant du sang du coli et du pyocyanique, marsupialisation, tamponnement. Guérison.

Pas d'examen histologique de la pièce.

OBSERVATION XV (CRUVEILHIER).

Femme présentant à gauche une tumeur abdominale simulant un kyste de l'ovaire.

Kyste séreux, sous-péritonéal, flasque, développé en arrière du côlon descendant et du côlon iliaque.

Paroi fibro-scléreuse.

OBSERVATION XVI (DESPLAS).

Femme de 47 ans. Masse occupant la fosse iliaque et la fosse lombaire droite.

Laparotomie, kyste bleuâtre, rétro-péritonéal qu'on décolle, il est indépendant des organes voisins.

Kyste uniloculaire à paroi mince, peu vascularisé. Paroi formée de tissus fibreux, l'épithélium manque à peu près partout.

OBSERVATION XVII (FORSTER).

Femme de 36 ans; tumeur de la taille d'une tête d'enfant apparue dans le côté gauche en 4 mois.

Troubles fonctionnels insignifiants.

Examen radiologique des reins et du tube digestif : négatif. On pense à hypernéphrome.

Extirpation d'une tumeur rétro-péritonéale facilement extirpable.

Micro : kyste développé aux dépens de résidus Wolffiens.

OBSERVATION XVIII (GOLINVEAUX).

Homme de 49 ans. A droite, masse occupant tout le côté droit du ventre. Tumeur mate, indolore, rénitente. Radio : remplissage normal, estomac petit refoulé dans l'angle supérieur gauche de l'abdomen. Rectitude de la grande courbure de l'antra pylorique. Le bulbe duodénal se projette à gauche de la colonne, le pylore n'atteint pas la ligne médiane.

Le cæcum est dans la fosse iliaque gauche.

Les reins sont normaux en volume et situation.

Kyste Wolffien contenant trois litres de liquide clair.

OBSERVATION XIX (GRÉGORY et MAYERS).

Femme de 31 ans, 21 mois d'aménorrhée, augmentation du ventre. Tumeur du volume d'une grossesse de 7 mois.

Toucher : l'utérus petit, col normal.

On opère pour kyste de l'ovaire.

On trouve un **kyste rétro-péritonéal** adhérent au méso-côlon transverse, il faut réséquer une partie du côlon transverse.

Suites normales.

OBSERVATION XX (GUREWITSCH).

Femme de 29 ans, depuis 4 ans augmentation du volume du ventre, aucun trouble. La tumeur occupe tout le côté droit, mobile, fluctuante, indolore.

Kyste volumineux situé derrière le cæcum contenant un liquide opalescent renfermant de l'albumine et beaucoup de mucine, quelques cellules épithéliales, de rares leucocytes.

Tumeur de même nature que les kystes du mésentère.

OBSERVATION XXI (GUTIERREZ).

Femme de 41 ans vient pour deux tumeurs abdominales. Depuis quelques temps, règles plus abondantes et envies fréquentes d'uriner.

La palpation révèle l'existence de 2 tumeurs indolores de l'hypocondre.

Au toucher, on perçoit dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure, indolore, fixée, et en avant une tumeur arrondie et indolore.

A l'intervention on trouve : un fibrome du ligament large droit, et un kyste rétro-péritonéal gauche.

OBSERVATION XXII (HAWKINS).

Garçon de 6 ans présentant une tumeur énorme, remplissant tout le côté droit de l'abdomen.

Ponction, réapparition du liquide, mort.

Tumeur prérénale renfermant 5 pintes de liquide clair sans albumine, ni sels urinares, communication avec le bassin.

OBSERVATION XXIII (JACOB et BOURGUIGNON).

Homme de 21 ans présente depuis 3 ans du côté droit une volumineuse tumeur. Quelques douleurs, mais aucun signe objectif.

Extirpation d'une tumeur adhérente au rein et au côlon.

Nombreux kystes variant de la grosseur d'une lentille à celle d'un œuf de poule.

Liquide visqueux, de coloration jaunâtre.

La paroi du kyste est tapissée d'un endothélium plat à noyaux saillants semblables à l'endothélium des vaisseaux.

OBSERVATION XXIV (JEANBRAU).

Femme de 32 ans. Depuis 6 mois, apparition d'une masse dans la partie droite de l'abdomen. Aucun trouble, masse lisse, ballottant.

Kyste rétro-péritonéal antéro-rénal.

Liquide brunâtre, fluide, ressemblant à du sang hémolysé.

Kyste revêtu de végétations papilliformes revêtues d'un épithélium prismatique ou cylindrique présentant une affinité pour les réactifs du mucus.

OBSERVATION XXV (JEANBRAU et TRUC).

Femme. Tumeur de la fosse iliaque droite.

Pyélographie, bassin augmenté de volume. Le rein n'est

pas hypertrophié, au-dessous du rein on voit une ombre réniforme qui constitue le kyste.

Ablation sans difficulté de ce kyste Wolffien.

OBSERVATION XXVI (FRITZ KONIG).

Femme de 51 ans. A droite, tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. La cystoscopie montre que le rein droit ne donne pas d'urines.

Enucléation facile d'une masse polykystique.

Rein droit atrophié.

Guérison, origine lymphatique.

OBSERVATION XXVII (KROGIUS).

Homme de 24 ans. Crises douloureuses avec vomissements grosse tumeur rénale fluctuante, hématuries.

Réséction de la poche, drainage puis néphrectomie pour fistule persistante.

Kyste communiquant avec le bassin par un petit orifice.

Epithélium analogue à celui du bassin.

OBSERVATION XXVIII (LAPOINTE).

Femme de 43 ans, vient pour une masse dans chaque fosse iliaque. On trouve 2 kystes rétro-péritonéaux.

L'un gauche rétro-mésocolique uniloculaire contenant un liquide louche blanchâtre et grumeleux.

L'autre droit pelvien contenant un liquide clair.

Origine Wolffienne vraisemblable.

OBSERVATION XXIX (LATRONCHE).

Femme de 39 ans, un kyste rétro-péritonéal occasionne des crises de coliques violentes surtout nocturnes, avec accès de suffocation.

OBSERVATION XXX (LEPOUTRE, DELATTRE et PAGET).

Garçon de 18 mois. Tumeur lombo-abdominale droite apparue depuis 1 mois. Tumeur élastique, presque dure, indolore, circulation veineuse, œdème du membre opposé.

Ablation en masse après ponction, mort le lendemain.

Kyste développé à la partie supérieure et postérieure du rein d'origine lymphatique : un gros kyste et de petits kystes aberrants.

OBSERVATION XXXI (MADIER NATHAN).

Enfant de 2 ans et demi, troubles abdominaux.

Douleurs contractures.

Tumeur de l'hypocondre gauche.

Masse polykystique : 5 kystes principaux avec de nombreux petits kystes.

Kystes Wolffiens. En un point de la préparation on retrouve la structure parfaite du tube de Wolff.

OBSERVATION XXXII (MARESSELLE).

Femme de 40 ans. Douleurs de la fosse iliaque gauche, nausées. Arrêt des règles depuis 8 mois.

Toucher : masse faisant corps avec l'utérus.

On opère pour fibrome ou kyste de l'ovaire.

Kyste Wolffien.

OBSERVATION XXXIII (MAUCLAIRE).

Femme de 45 ans, présentant à gauche une tumeur du volume de 2 poings.

Extirpation de la poche. Paroi à 3 couches, l'interne structure de l'écorce rénale avec tubes contournés et glomérules, la moyenne structure des canalicules urinaires, l'externe, conjonctive.

OBSERVATION XXXIV (MIRIZZI).

Femme de 36 ans. Depuis un an, douleurs irradiées dans le membre inférieur.

Tumeur de la fosse iliaque droite grosse comme un poing. A l'intervention, le pôle inférieur s'attache fortement au psoas. On trouve dans ce kyste des lésions typiques d'adénocarcinome confirmé d'ailleurs par l'évolution.

OBSERVATION XXXV (MORRIS).

Femme de 75 ans. Trouvaille d'autopsie : gros kyste à contenu clair, placé derrière le bassin, communiquant avec lui par une petite ouverture.

OBSERVATION XXXVI (MORRIS).

Femme de 37 ans. Trouvaille d'autopsie.

Kyste situé derrière le bassin communiquant avec lui, contient 4 pintes d'un liquide clair renfermant de l'albumine.

OBSERVATION XXXVII (MOURE et MARCY).

Volumineux kyste paranéphrétique (lymphangiome kystique) on découvre par hasard l'ectopie du rein gauche dont le bassin se projette à droite de la 2^e vertèbre lombaire. Après l'extirpation, le rein revient à sa place normale.

OBSERVATION XXXVIII (OKINCZYK).

Femme de 52 ans. Constipation, entero-colite, tumeur de l'hypocondre gauche, arrondie du volume d'une orange. Tumeur rétro-péritonéale kystique appendue au pôle inférieur du rein qui paraît sain.

On extirpe le kyste.

Epithélium cubique, kyste Wolffien.

OBSERVATION XXXIX (OKINCZYK).

Kyste droit uni à l'intestin. Il s'agit d'un kyste séreux présentant un processus analogue à la pachivaginalite qui explique l'hémorragie intra-kystique.

La femme avait d'ailleurs présenté un syndrome aigu correspondant à cette hémorragie.

OBSERVATION XL (PALLOTTI).

Femme de 35 ans. Apparition brusque de phénomènes douloureux. A la palpation, tumeur globuleuse du flanc gauche. Le kyste adhère à la rate. Résection partielle, marsupialisation, kyste primitivement séreux, devenu hémorragique.

OBSERVATION XLI (PAPIN et BUSSER).

Femme de 58 ans. Quelques malaises, mais pas de douleurs, volumineuse tumeur de l'hypocondre gauche.

A la pyélographie, uretère non dévié, bassinet non dilaté. Kyste rétro-péritonéal avec un mince pédicule allant rejoindre le pédicule rénal.

Origine Wolffienne.

OBSERVATION XLII (PAVLOVSKI et AUDISIO).

Femme de 31 ans. Depuis 6 mois augmentation du volume du ventre. Aucun trouble. Masse droite.

Hystérogaphie : trompes perméables, la trompe droite est d'aspect normal.

Kyste Wolffien, rétro-cæcal.

OBSERVATION XLIII (PAWLICK).

Femme de 43 ans. Depuis 2 ans, douleurs abdominales.

Volumineuse tumeur gauche, élastique, mate, paraissant multi-loculaire à la palpation.

Marsupialisation.

4.400 gr. de liquide jaune albumineux avec trace d'urée.
Epithélium à gros noyaux, cellules basses.

OBSERVATION XLIV (POZZI).

Femme de 36 ans, porteuse d'un abcès pottique droit, voit se développer une tumeur kystique de l'hypocondre gauche. Le diagnostic n'est fait qu'après l'ablation. Kyste Wolffien.

OBSERVATION XLV (SALVIN).

Femme de 35 ans. Kyste rétro-péritonéal droit.

La pyélographie nous montre l'uretère droit dévié en dedans.

Epithélium cylindrique à type intestinal.

OBSERVATION XLVI (SAMBO).

Femme de 41 ans. Depuis 2 ans, développement progressif d'une tumeur s'accompagnant de paresthésie dans le domaine du crural.

Tumeur rétro-péritonéale située en arrière et en dehors du sigmoïde.

Kyste Wolffien.

OBSERVATION XLVII (LESLIE STEWART).

Femme présentant une tumeur kystique de la région droite révélée depuis un mois par de la gêne et des douleurs. Le toucher permet de sentir l'ovaire droit intact.

Kyste rétro-péritonéal d'origine lymphatique.

A la pyélographie, l'uretère est repoussé vers la ligne médiane.

OBSERVATION XLVIII (LESLIE STEWART).

Femme de 31 ans a constaté depuis 6 semaines une tumeur du flan droit.

L'uretère est repoussé vers la ligne médiane, comprimé et dilaté au-dessus.

Enucléation facile.

Epithélium cylindrique à noyaux basaux.

OBSERVATION IL (TRUC).

Femme de 51 ans. Depuis 6 mois, violentes douleurs abdominales concordant avec l'apparition d'une tumeur droite. Tumeur de la grosseur de deux poings.

La pyélographie montre une inflexion de l'uretère de la 3^e vertèbre lombaire à l'articulation sacro-iliaque, l'épithélium de ce kyste présente des cellules à gros noyaux dont le protoplasme possède une grande affinité pour les colorants du mucus.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude sur les kystes rétro-péritonéaux, nous avons pu constater que :

1° Les kystes rétro-péritonéaux sont des tumeurs rares, un peu plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, que l'on peut rencontrer à n'importe quel âge.

2° La structure de ces kystes concordant avec les données embryologiques connues, permet de les rattacher à cinq origines différentes :

Wolffienne,
Rénale,
Péritonéale,
Lymphatique,
Surrénale.

3° Les kystes rétro-péritonéaux possèdent une symptomatologie d'emprunt qui rend leur diagnostic extrêmement difficile. Cependant depuis quelques années, la pyélographie permet souvent d'éliminer une des principales causes d'erreur : Les tumeurs rénales.

4° Ces tumeurs évoluent lentement, et alors qu'on les considérait comme bénignes, nous avons vu qu'il existait un cas certain de dégénérescence maligne.

5° Aussi le traitement sera-t-il de toute nécessité, l'extirpation par voie latérale. On ne réservera la marsupialisation qu'aux seuls cas, où en raison de l'infection ou des adhérences, cette extirpation est impossible.

Vu : Le Président de Thèse,

CH. LENORMANT.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBE. — Paranephretic Cysts. *New-York medical journal*, 8 août 1890.
- ADLER. — Kyste paranéphrétique. *Berlin Medical Gesellsch.*, 15 février 1893.
- ALBARRAN. — Kyste rétro-péritonéal. *Sté Nat. de Chirurgie*, 28 janvier 1903.
- ASHHURT et Mc GUIRE. — Un cas de kyste rétro-péritonéal ayant probablement pour origine le corps de Wolff. *Journ. of the American Medical Association*, 1920, t. 25, N° 22.
- ATKINSON STONEY. — Kystes rétro-péritonéaux. *British Journ. of Surgery*, vol. XII, N° 48, Avril 1925.
- AUMONT (Rapport OKINCZYK). — Kyste rétro-péritonéal soudé au côlon descendant. *Sté Nat. de Chirurgie*, 11 décembre 1929.
- BARBERIS. — Kyste hydatique rétro-péritonéal développé dans le méso-côlon ilio-pelvien. *Boletines de la Societad de Cirurgia de Rosario*, T. 2, N° 3, Juin 1935.
- BASSET, CONSTANTINI, JEANNENEY, MAISONNET, MIGINIAC. — *Traité de Pathologie Chirurgicale*, T. VII, page 317.
- BECK. — Kystes rétro-péritonéaux. *Thèse Munich*, 1905.
- BÉRARD. — Volumineux kyste paranéphrétique. *Sté de Chirurgie de Lyon*, 19 juin 1924.
- Kyste hydatique para-rénal. *Sté de Chirurgie de Lyon*, 4 décembre 1925.
- BOURDE et MOSINGER. — Les kystes entéroïdes. *Journal de Chirurgie*, 1937, T. 50, p. 289.
- BRACHET, DALCQ et GÉRARD. — *Traité d'embryologie des Vertébrés*, 11^e édit. Masson.
- BRAUN. — Pyo und hydronephrose *arc. Fur. Klin. Chir.*, 1890.

- BURHANEDDIN. — Un cas rare de lymphangiome kystique multiloculaire géant rétro-péritonéal. *Zentralblatt für chir.*, T. 58, N° 48, 28-II-31.
- CADENAT. — Kyste séreux sous-péritonéal. *Sté Nat. de Chir.*, 8-12-1926.
- CAUCCI. — Del cisti rétro-péritonéali. *Arch. Ital. di Chirurg.* Vol. VI, 1922, page 480.
- CAVE (H. W.). — Kystes rétro-péritonéaux. *Surg. Gynec. and Obstetrics*, Vol. XLI, N° 5, Novembre 1935.
- CECCARELLI. — Etude des formations kystiques périrénales à contenu hématique. *Arch. Ital. di Urologia*. Vol. I, Fasc. 5, 5 avril 1925.
- CHAMPY. — Manuel d'embryologie.
- COHN. — Tumeurs rétro-péritonéales. *Arc. of Surg. Chicago*, Octobre 1931.
- CORNIOLEY. — Etude des kystes rétro-péritonéaux. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 oct. 1925.
- COSTA et RONCHETTI. — Kyste Wolffien rétro-cæcal. *Archivos Argent. de inform. del aparato digestivo y de la nutricion*. Août-Sept. 1936.
- COSTAN. — Tumeurs rétro-péritonéales. *Gaz. des Hôp.*, 1898, p. 390.
- CRAIG. — Kyste hydatique rétro-péritonéal avec érosion de l'artère iliaque primitive gauche. *Medical Journ. of Australia*, 19 nov. 1927.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique, T. III.
- CZAZAK. — Les grandes tumeurs rétro-péritonéales de l'enfant. *Nowing Lekarskie*, 15 sept. 1934.
- DARTIGUES. — Kyste Wolffien para-rénal. *Bull. et Mém. de la Sté des Chirur. de Paris*, 20 juin 1930.
- DESGOUTTES et RICARD. — Kyste du mésentère. *Journ. de Chir.* Sept. 1928, p. 269.
- DESPLAS. — Un cas de kyste paranéphrétique droit. *Bull. de la Sté de Chirur.*, 11 février 1922.
- DURAND et VERRIER. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Lyon Chirur.*, 1912, p. 389.
- DURST. — Diagnostic des tumeurs de l'espace rétro-péritonéales. *Munchener medizinische Wochenschrift*, 13 déc. 1934.

- DUVAL et MICHON. — Volumineuse tumeur paranéphrétique. *Sté Nat. de Chir.*, 13 juillet 1929.
- FILIPPINI. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques, rétro-péritonéaux. *La Clinica chirurgica*. Novembre-Décembre 1925.
- FIOLLE. — Suppuration atypique dans un kyste Wolffien. *Bull. de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie*, 4 novembre 1935.
- FORSTER. — Un cas de kyste rétro-péritonéal d'origine Wolffienne. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 15 janvier 1927.
- LE FUR. — Les tumeurs para-rénales. *Bull. et Mém. de la Sté des Chir. de Paris*, 4 juillet 1930.
- GIORDANO. — Kystes rétro-péritonéaux. *Congrès de Chirurgie*, 1919.
- GOLINVAUX. — Kyste rétro-péritonéal d'origine Wolffienne. *Revue Belge des Sciences Médicales*. Août-Sept. 1932.
- GONIN. — Kystes liquides rétro-péritonéaux. *Thèse de Montpellier*, 1924-25.
- GORSE. — Les tumeurs rétro-péritonéales. *Toulouse médical*, 15 avril 1922.
- GRÉGORY et MAYERS. — Kyste rétro-péritonéal. *The Lancet*, 9 juin 1934.
- GUREWITSCH. — Kyste rétro-péritonéal, rétro-cæcal. *Zentralb. Fur. Chir.*, 1^{er} juin 1929.
- GUTIERREZ. — Kyste rétro-péritonéal d'origine Wolffienne. *Boletines y trabagos de la sociedad de cirugia de Buenos-Aires*, 9 juin 1937.
- GUTIG et HERZOG. — Diagnostic des tumeurs rétro-péritonéales. *Fortschritte auf. dem gebiete der Rontgenstrahlen*. Mai 1935.
- HAFEZI. — Kyste rétro-péritonéal, étude clinique. *British Journ. of Surgery*, Oct. 1937.
- HANDFIELD (Jones). — Kystes rétro-péritonéaux, pathogénie, diagnostic et traitement. *British Journ. of Surgery*. Juillet 1924.
- HANSMANN et BULDD. — Les grosses tumeurs rétro-péritonéales. *Journal of American Med. Association*, 2 janvier 1932.

- HARTMANN et LECÈNE. — Travaux de Chirurgie anatomo-clinique, 1903, 1^{re} série, page 45.
- HAWKINS. — Kyste paranéphrétique *M. S. Trans.*, 1833.
- HERBERT et MOULONGUET. — Tumeur rétro-péritonéale d'origine nerveuse avec hypertension. *Académie de Chirurgie*, 10-2-1937.
- HESSE. — Valeur clinique d'un symptôme d'origine sympathique dans les tumeurs de l'espace rétro-péritonéal. *Presse Médicale*, 31 mars 1937.
- JACOB et BOURGUIGNON. — Kyste rétro-péritonéal, *Bull. de la Sté d'Anatomie*, 18-3-1910.
- JEANBRAU et TRUC. — Diagnostic des kystes périnéphrétiques par la pyélographie. *Sté des Sciences méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 12 mai 1933.
- JUST. — Les tumeurs rétro-péritonéales kystiques formées aux dépens des restes du corps de Wolff. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 4 mai 1934.
- KONIG (F.). — Sur les kystes rétro-péritonéaux, *Zentralb. Für. Chir.*, 11 avril 1931.
- KRISTENSEN. — Considérations sur les tumeurs de la région rétro-péritonéale latérale. *Hospitalstidende. Copenhague*, 24 janvier 1929.
- KROGIUS. — Les kystes périrénaux communiquant avec le bassin. *Nord Méd. Arkiv.*, XXXVII.
- LAHEY et ECKERSON. — Kystes rétro-péritonéaux. *Ann. of Surgery Philadelphie*, Juillet 1934.
- LAPOINTE. — Kystes Wolffiens rétro-péritonéaux. *Sté de Chirurgie de Paris*, 1^{er} mars 1922.
- LATRONCHE. — Kyste pararéal. Discussion du Congrès de Chirurgie de Paris, 1919.
- LECÈNE. — Rapport du Congrès de Chirurgie de 1919. Les tumeurs solides rétro-péritonéales.
- Sur les kystes rétro-péritonéaux. *Soc. de Chir. de Paris*, 1924, p. 200.
- LEFRANÇOIS. — Kystes rétro-péritonéaux para-rénaux. *Thèse Paris*, 1912-1913.
- LEPOUTRE, DELATTRE, PAGET. — Volumineux kyste paranéphrétique chez un enfant de 18 mois. *Sté Française d'Urologie*, 15 janvier 1934.
- LESLIE STEWART. — Kystes rétro-péritonéaux. *Edimbourg. Méd. Journ.*, Juillet 1926.

- LÉVI (G.). — Enorme tumeur pararénale. *Tunis médical*. Mars 1937.
- MADIER. — Hernie de l'ovaire rendue irréductible par un kyste para-ovarien. *Acc. de Chir.*, 19 février 1936.
- MADIER et NATHAN. — Kyste rétro-péritonéal d'origine Wolffienne chez un enfant. *Soc. de Chir. Paris*, 13 février 1924.
- MARESELLE. — Un cas de Kyste Wolffien. *Gazette Méd. de Picardie*. Mars 1932.
- MARTIN et GOMEZ. — Enorme tumeur pararénale ayant envahi tout l'abdomen. *Normandie Médicale*, Avril 1936.
- MASSIMINO et FONOCHIETTO. — Kyste hydatique juxta rénal. *La Prensa Médica Argentina*, 10 mai 1930.
- MAUCLAIRE. — Kyste rétro-péritonéal. *Sté de Chirurgie*, 1912.
- MIRIZZI. — Kyste rétro-péritonéal. Dégénérescence maligne. *Ann. d'Anatomie Path.* Novembre 1935.
- MOREAU et MARIQUE. — Tumeur rétro-péritonéale. *Sté Belge de Chirurgie*, 16 mars 1929.
- MORRIS. — Kystes rétro-péritonéaux. *Surgic Diseases of the Kidney London*, T. II.
- MOSINGER, OLMER et BUISSON. — Tumeur para-rénale d'origine Wolffienne. *Arch. de Médecine Générale et Coloniale*. Mars 1933.
- MOURE et MARCY. — Ectopie croisée du rein gauche provoqué par un volumineux kyste paranéphrétique. *Acc. de Chir.*, 19 mai 1937.
- MULLER. — Un cas de kyste Wolffien muliloculaire. *Bull. et Mém. de la Sté des Chirurgiens de Paris*, 15 juin 1928.
- OKINCYC. — Kyste rétro-péritonéal. *Sté de Chir. de Paris*, 22 février 1922.
- PALLOTTI. — Kyste hématique rétro-péritonéal. *Boletino del scienze mediche*. Janvier-Février 1928.
- PAPIN et BUSSE. — Kyste rétro-péritonéal. *Arch. des Maladies des reins et des organes génito-urinaires*, N° 2, 1933.
- PAVLOWSKI et AUDISIO. — Kyste Wolffien rétro-cæcal. *Boletines y trabagos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, 2 mai 1934.

- PAWLICK. — Diagnostic des kystes rétro-péritonéaux. *Arch. Fur Klin. Chir.*, 1896.
- PERONI. — Kyste Wolffien rétro-péritonéal. *Bolletino Milano*, N° 2, 1936.
- PHILIPS. — Etudes sur les tumeurs rétro-péritonéales. *Brith Journ. of Surg.* Avril 1934.
- PINSON et OKINCZYC. — Deux cas de kystes pelviens rétro-péritonéaux. *Sté de Chir.*, 26 juin 1935.
- POZZI. — Kystes wolffiens rétro-péritonéaux. *La clinica chirurgica* juillet 1931.
- PRAT, CASTIGLIONE, BARBEROUSSE. — Un cas de dextro-colie par tumeur rétro-péritonéale. *Boletin. de la Sté de Chir. de Montevideo*, N° 10, 1933.
- PROUST et TRÈVES. — Kystes rétro-péritonéaux. *Revue de Gynec et Chir. Abd.* Janvier 1908, p. 97.
- DE QUERVAIN. — Tumeurs kystiques rétro-péritonéales. *Discussion du Congrès de Chirurgie de Paris 1919*
- ROMÉO. — Tumeur kystique d'origine wolffienne. *Ann. Italiani di Chirurgica* 30 avril 1928.
- ROSENFELD. — Kyste rétro-sigmordien. *Acta Chirugica Scandinavica*, 3 février 1932.
- ROUVIÈRE. — Traité d'Anatomie Humaine, Tome I.
— Anatomie des Lymphatiques.
- SALLERAS. — A propos d'un kyste wolffien rétro- cœcal. *Boletines y Trobagos de la Ste. de Cirurgia de Buenos-Aires*, 9 mai 1934.
- SALVIN. — Kyste rétro-péritonéal : *Médical Journal and Record*, 7 mars 1928.
- SAMBO. — Sur les tumeurs pararénales. *Giornale Véneto di Sienze médicale*, N° 2, Février 1932.
- SILHOL et BOURDE. — Les kystes wolffiens. *Arch. Franco-Belges de Chirur.*, Mai 1924.
- SILHOL et MOSINGER. — Hydropéritoine par rupture d'un kyste wolffien du ligament large. *Sté de Chirur. de Marseille*, 6 mai 1935.
- STRICKER. — Kystes ecchinococciques rétro-péritonéaux. *Zeutschrift fur Urologische Chirurgie*, N° 1 et 2, 1924.
- SWYNGHEDAuw et QUENÉE. — Tumeur paranéphrétique latente. *Echo médical du Nord*, 6 mai 1934.

- TERRIER et GUILLEMIN. — Tumeurs para-rénales. *Revue de Chir.* 1892, p. 748.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie humaine.
- THEVENARD. — Tumeur rétro-péritonéale compliquant une grossesse. *Bull. et Mém. de la Sté des Chir. de Paris*, I, Mai 1931.
- TOPA et CAMANZULESCO. — Kyste rétro-péritonéal. *Revista de Chirurgica Bukarest*, Mai-juin 1935.
- TOURNEUX et BAILLAT. — Tumeur paranéphrétique, *Sté de Chir.* Paris, 6 février 1924.
- TRUC. — Kystes périnéphrétiques. *Sud. Médical et Chirurgical*, 15 novembre 1931.
- VAN SEEMEN. — Tumeurs rétro-péritonéales *Zentralblatt für Chirurgie*, 12 sept. 1936.
- VON FERSTEL. — Au sujet des tumeurs rétro-péritonéales extra-rénales. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, septembre 1936.

